

Způsob vedení spontánního porodu po císařském řezu v anamnéze

Kamila Slováčková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Slováčková**
Osobní číslo: **H16386**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Způsob vedení spontánního porodu po císařském řezu
v anamnéze**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti vedení spontánního porodu po císařském řezu v anamnéze.

Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. Skills for midwifery practice. Fourth edition. Edinburgh: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní Porodnictví. Praha: Grada publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

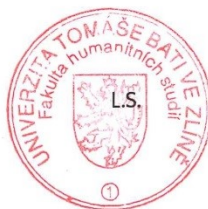
Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17.5.2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporuje-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje v první kapitole na císařský řez, jaké jsou podmínky, rizika a komplikace. Zmíněn je i akutní císařský řez a císařský řez na přání. Další kapitola popisuje spontánní porod, a to doby porodní, porodní mechanismus, porodní cesty a síly. Třetí kapitola pod názvem spontánní porod po císařském řezu pojednává o možných komplikacích a kontraindikacích, ale i o úspěšnosti porodu po císařském řezu. Poslední kapitola poukazuje na analgezii u vaginálního porodu. Praktická část je zaměřena na způsob vedení spontánního porodu po císařském řezu.

Klíčová slova: porodní asistentka, císařský řez, spontánní porod, spontánní porod po císařském řezu

ABSTRACT

Bachelor thesis consists of theoretical and practical part. First chapter of theoretical part is focused on caesarean section, its pre-existing conditions, risks and complications. Mention is also made about acute caesarean section and caesarean section on request. The next chapter describes spontaneous delivery, namely birth stages, birth mechanism and birth path and forces. Third chapter named Spontaneous delivery after previous caesarean section deals with possible complications and contraindications, but also with success of delivery after caesarian section. Last chapter points to analgesia during vaginal delivery. Practical part deals with way of giving spontaneous birth after caesarian section.

Keywords: midwife, section caesarean, spontaneous delivery, spontaneous delivery after caesarian

Především bych chtěla poděkovat panu MUDr. Zdeňku Adamíkovi Ph.D. za odborné vedení, ochotu, čas a cenné rady, které mi poskytl ke zrealizování bakalářské práce.

Děkuji porodním asistentkám Vsetínské nemocnice, Kroměřížské nemocnice a Zlínské nemocnice za umožnění dotazníkového šetření a zapojení se do výzkumu.

Velké poděkování patří i mé rodině a přátelům za podporu v rámci celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto: „Buď sám sebou, ostatní jsou již obsazeni.“

Oscar Wilde

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	12
1.1 PODMÍNKY A INDIKACE K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU.....	12
1.2 RIZIKA CÍSAŘSKÉHO ŘEZ	13
1.3 KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	13
1.4 AKUTNÍ CÍSAŘSKÝ ŘEZ	14
1.5 ITERATIVNÍ ŘEZ.....	15
1.6 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ	15
2 SPONTÁNNÍ POROD	16
2.1 DOBY PORODNÍ	16
2.2 PORODNÍ MECHANISMUS	17
2.3 PORODNÍ CESTY.....	17
2.4 PORODNÍ SÍLY.....	18
3 SPONTÁNNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	19
3.1 INDUKCE PORODU.....	19
3.2 RIZIKA.....	20
3.2.1 Ruptura dělohy	20
3.2.2 Dehiscence dělohy	21
3.2.3 Abnormální invazivní placenty.....	21
3.3 VÝHODY A ÚSPĚŠNOST	22
3.4 KONTRAINDIKACE.....	22
4 ANALGEZIE PŘI VAGINÁLNÍM PORODU.....	23
4.1 FARMAKOLOGICKÉ METODY	23
4.1.1 Systémová analgezie	23
4.1.2 Místní analgezie - Epidurální analgezie	24
4.1.3 Inhalační analgezie.....	24
4.2 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY	25
4.2.1 Psychoprofylaktická příprava.....	25
4.2.2 Hydroanalgezie	26
4.2.3 Aromaterapie.....	26
4.2.4 Masáže při porodu.....	26
4.2.5 Polohy při porodu.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
5 METODIKA PRÁCE.....	29

5.1	HLAVNÍ CÍL PRÁCE	29
5.2	DÍLČÍ CÍLE PRÁCE	29
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	30
7	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	64
	SEZNAM TABULEK.....	65
	SEZNAM GRAFŮ	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Díky stále rostoucímu procentu císařských řezů se v porodnici čím dál tím více setkáváme s rodičkami, které již v minulosti prodělaly jeden či více císařských řezů. Tato problematika se tudíž stává velmi aktuální. Je zde nutné zvážit a rozhodnout, jaký bude nejlépe zvolený postup právě u žen, kterým se ukončilo předešlé těhotenství operativou. Nabízejí se dvě varianty. Jedna z možností je vaginální vedení porodu po císařském řezu. Druhou možností se nabízí provedení opakovaného elektivního císařského řezu.

Císařský řez v dnešní době má přísné podmínky, proto je mnohem bezpečnější než kdy předtím. Práce se bude spíše zabývat spontánním porodem po císařském řezu. Spontánní porod je pro ženu přirozená životní událost. Ženské tělo je na porod přizpůsobeno nejen anatomicky, ale i fyziologicky. Na rozdíl od císařského řezu není tak dlouhá rekonvalescence. Po spontánním porodu je okamžitý bonding a přikládání k prsu. Přiložení k prsu hned po narození dítěte vrhá dobré světlo na matku i na dítě. Stimulací bradavek se vylučuje oxytocin a tím se rozbíhá laktace, intenzivněji odchází lochia a lépe se stahuje děloha. Kontakt mezi matkou a jejím dítětem hned po narození je bezpochyby také velmi důležitý.

V teoretické části se bakalářská zaměřuje v první kapitole na císařský řez. V druhé kapitole na spontánní porod. Třetí kapitola je stěženi, protože je zde řešen spontánní porod po císařském řezu a v poslední kapitole práce popisuje analgezii u porodu. Praktická část je zrealizována za pomoci dotazníků. Pro vyplnění dotazníků byly požádány porodní asistentky. A proč jsem si vybrala porodní asistentky? Každý jeden jejich názor, postup, postoj, myšlenka jsou cenné a důležité.

I. TEORETICKÁ ČÁST

CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez je operativní metoda, kterou se ukončuje těhotenství. Tato operace se provádí v posledním trimestru. Oproti vaginálnímu porodu, který ukončuje druhá doba porodní, císařský řez se provádí již v těhotenství, kde rodící ženu neprovází bolesti. Tato operativní metoda byla v dřívějších dobách spojena s hojnou úmrtností matek. Až po zavedení antiseptiky, uplatnění sešití děložní stěny, která se nesešivala. Až šití stěny ve dvou vrstvách napomohlo této operativní metodě k lepším výsledkům. Jedním z následujících pokroků bylo také zavedení řezu v dolním děložním segmentu. V dnešní době se bezpečnost operace zdokonalila v mnoha způsobech, např: přísná asepse, zdokonalení operační metody, posuny ve farmaceutickém průmyslu, dodání krevních náhrad, kvalitnější šicí materiál a příznivé zlepšení v péči po operaci. (Hájek 2014, str. 492-493)

1.1 Podmínky a indikace k císařskému řezu

Finálním výsledkem operace má být zdravá žena a její dítě. Matka nemá být poškozena sexuálně, esteticky, psychicky nebo v plodnosti. Porodník by měl být neustále obezřetný na možné komplikace. Nikdy by se neměly opomíjet takzvané banální úkony, do kterých spadá předoperační vyšetření krevního obrazu, fyziologické funkce, kultivace z hrdla poševního, krevní srážlivost, heparinizace a v neposlední řadě zajištění transfuze. Při podávání antibiotik se snižuje četnost výskytu endometritidy, tvorba abscesů, šoku a tromboflebitidy. Výsledek operace není pouze v technickém provedení, ale stejnou váhu přikládáme i předoperační přípravě a pooperační péči. Často se provádí císařský řez jako jistá alternativa u nepostupujícího porodu, u rodiček po předchozím gynekologickém zákroku či operace, po již prodělaném císařském řezu, při rigiditě hrdla, při hypoxii plodu a po neúspěšné indukci porodu. (Doležal, 2007, s. 207)

Císařský řez je buď akutní nebo plánovaný, a to jak ze strany matky, tak ze strany plodu nebo obojí. Velmi častá indikace je kefalopelvický nepoměr, což v praxi znamená, že hlavička plodu tvoří nepoměr s porodními cestami matky. Dále také porodnické krvácení. Zde řadíme placentu praeviu, abrupci placenty, rupturu dělohy, krvácení nejasného původu. Indikací je i patologické naléhání plodu nebo patologické KTG. Do nepříznivého naléhání plodu řadíme vysoký přímý stav, asynklitismy, obličejové nebo čelní naléhání hlavičky plodu, šikmá nebo příčná poloha, poloha podélná koncem pánevním, poloha dvojčat. (Roztočil 2017, s. 500)

Patologickému KTG přisuzujeme hlavně hypoxii plodu, ta je definována jako přerušení dodávky kyslíku do tkání v kombinaci s hyperkapnií, metabolickou acidózou a hypoperfuzí. Nejčastější příčina perinatální ztráty je právě hypoxie plodu. (Měchurová, 2014, s. 10)

1.2 Rizika císařského řez

Císařský řez v určitých momentech znamená potřebný a rozhodující způsob, jak ukončit těhotenství, který v akutních případech může zachránit život matky nebo plodu. V současnosti je vysoká frekvence SC a mnohdy překračuje počet reálně ohrožených jedinců. Jedná se o velkou břišní operaci s potenciálními komplikacemi a zvyšujícím se rizikem vynecháním některých dějů, které se odehrávají u spontánního porodu. Největší rizika pro matku jsou infekce, krevní sraženiny nebo komplikace při anestezii. Rizika jsou i spojená s dalším těhotenstvím, kdy dochází k většímu výskytu mimoděložních těhotenství, dvojnásobná eventualita porodu koncem pánevním, také zvýšené riziko problémů spojené s placentou. Nejen pro matky, ale i pro novorozence jsou zde rizika, a to kupříkladu vyšší pravděpodobnost intenzivní péče. U dětí narozených císařským řezem se prokázalo zvýšené riziko dýchacích potíží. Rozdíly mezi dětmi narozenými spontánně a císařským řezem se zaznamenaly hlavně u štítné žlázy, ledvin, plic, střev, krve, imunitního systému a nadledvinek. (Buckleyová, 2016, s. 255-260)

1.3 Komplikace císařského řezu

Ukončení těhotenství císařským řezem je pro matku většinou dosti těžší než po spontánním porodu. Nasvědčuje tomu i šestkrát větší výskyt komplikací, které císařský řez provázejí. Z větší poloviny případů se SC provádí z akutních důvodů, které žádají co nejrychlejší provedení výkonu. Komplikací je tedy celá řada. Krvácení je považováno za jednu z nejčastějších a nejvíce nebezpečných komplikací. Velké nebezpečí při krvácení je porucha hemokoagulace – primární i sekundární DIC. U výskytu takové situace jsou nutná rychlá a mířená řešení a včasná dostatečná krevní náhrada. (Hájek, 2014, str. 499) Krvácení může být důsledek poranění dělohy, atonie děložní, placenta praevia a placenta increta, accreta, také percreta a poranění močového měchýře (Roztočil, 2017, s. 506).

„K rizikům krvácení patří možnost šíření hematomu do oblasti parametrií při ošetřování poranění velkých cév a močovodu a do adnex, kde vznik rozsáhlého hematomu může vést až k nutnosti provést adnexotomii.“ (Roztočil, 2017, s. 507)

Embolie se během císařského řezu se vyskytuje ve formě vzduchové embolie nebo embolie plodovou vodou. Za mnohem častější označujeme trombembolii. Trombembolie před zavedením mikroheparinizace, byla jedna z hlavních příčin mateřské mortality. (Hájek, 2014, s. 499) Embolie vzduchová a embolie plodovou vodou jsou považovány spíše za raritní (Roztočil, 2017, s. 507).

Infekce jako pooperační komplikace má celou škálu projevů. Řadíme zde lokální infekci v operační ráně, infekci dělohy, který může přejít až k parametriu, adnex, peritoneum malé pánve až na peritoneum. Infekce močových cest také zde není vzácným ukazatelem.

Co se týče poškození orgánů, dochází k poškození močového měchýře, a to může nastat při rychlém či obtížném operačním postupu. Poškozená může být i klička střeva. Ojedinelá komplikace je poranění močovodu při následné hysterektomii. Brzká diagnóza a ošetření jsou v daných situacích velmi důležitá.

Kýla není příliš častou komplikací. Častější vznik bývá po střední dolní laparotomii. Předpoklad vzniku může být hojení per secundam, drenáž či opakovaná laparotomie. (Hájek, 2014, s. 500)

Komplikace u novorozenců vycházejí v podstatě z hypoxie, placenty praevia, výhřez pupčnicku, předčasné odlučování lůžka, trauma po obtížném vybavení plodu, diabetes mellitus. Kardiopulmonální adaptace novorozence po císařském řezu bývá prodloužená. (Doležal, 2007, s. 254)

„Může dojít k poranění hlavičky a intrakraniálních struktur, parenchymatózních orgánů a končetin.“ (Roztočil, 2017, s. 507)

U následné sterility se jedná o endometriózu nebo tubární sterilitu. Po skončení operace je důležitá důkladná kontrola dutiny břišní, fyziologické operování a včasná léčba komplikací po operaci. Tyto kroky jsou nejlepší prevencí na sterilitu. (Kudela, 2008, s. 210)

1.4 Akutní císařský řez

Císařský řez se mnohdy provádí neplánovaně, bez profylaktické přípravy a bez předoperačních vyšetření. Urgentní přípravy mají i jiné úkoly. (Doležal, 2007, s. 207)

Lékař indikuje akutní císařský řez, nastanou-li komplikace za porodu, které ohrožují rodičku nebo její plod a toto nebezpečí nelze zvrátit. V časovém úseku mezi indikací a začátkem

anestezie je třeba se snažit zlepšit daný stav rodičky oxygenací. Výsledky laboratorních vyšetření jsou k dispozici mnohdy až v průběhu výkonu. (Hájek, 2004, s. 400)

„**Krize** (*emergency caesarean section*). Někteří autoři vyjadřují uvedeným pojmem extrémní časovou naléhavost, kdy jakýkoliv odklad operačního výkonu ohrožuje matku a/nebo plod.“ (Hájek, 2004, s. 400)

1.5 Iterativní řez

Opakovaný císařský řez se stal v praxi téměř každodenní rutinou. Někteří porodníci k rodičkám přistupují s velkým uvážením a zvažují další lékařské postupy, naopak jiní jednají ve smyslu „jednou císař, vždy císař“. (Doležal, 2007, s. 238)

U elektivního císařského řezu se bavíme o předem známém výkonu. K dispozici je dostatek času ženu kvalitně vyšetřit a řádně připravit. Z hlediska dlouhého časového intervalu umožňují užít jakoukoliv z dostupných anesteziologických technik. Rodička stačí být řádně a dopředu informována o nadcházejícím výkonu a podepsáním všech informovaných souhlasů. (Hájek, 2004, s. 400)

V případě elektivního císařského řezu se v podstatě předoperační vyšetření nijak neliší od jiných operačních zákroků. Rodičky by měly podstoupit předoperační vyšetření u svého praktického lékaře, anesteziologické vyšetření s laboratorními výsledky. Případné vyšetření specialistou při přidružených nemocech. Veškeré anomálie zdravotního stavu by měly být před zákrokem kompenzovány. Nedílnou součástí je i psychologická příprava ženy. (Procházka, 2018, s. 202-203)

1.6 Císařský řez na přání

Císařský řez na přání je velmi sporné a diskutabilní téma z toho důvodu, že každý císařský řez má svá rizika a komplikace jako každý jiný operativní zákrok. Důvod by proto měl být vždy zdravotnický. Značnému množství rodiček se může zdát císařský řez jednodušší a snazší, protože se provádí plánovaně a může obejít porodní bolesti. Tento pohled bývá však zkreslený. Obvykle si žena neuvědomuje, že císařský řez je operace jako každá jiná a potřebuje dostatečně dlouhý časový interval na zahojení jizev na břicho a na děloze. (Chmel, 2008, s. 88)

2 SPONTÁNNÍ POROD

„Spontánním porodem rozumíme vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil. Vypuzen je nejprve plod a poté placenta a plodové obaly.“ (Binder 2011, s. 64)

V případě spontánního porodu ale může jít i o potrat. Pro rozhodnutí, či došlo k spontánnímu porodu anebo potratu, existují určitá kritéria. Jako porod se označuje děj, kdy byl z dělohy vypuzen novorozenec s hmotností 500 g a více. Jestliže narozené dítě s nižší hmotností než 500 g vykazuje známky života a přežívá 24 hodin, také hovoříme o porodu. Nevykazující známky života u dítěte s 500 g a více je označován jako porod mrtvého dítěte. (Slezáková, 2017, s. 168) Všechny ostatní případy jsou potrat (Binder, 2011, s. 64).

Rozlišuje se porod spontánní a porod ukončený operací – porodnické kleště, VEX, obrat a císařský řez (Urbanová a kol., 2010, s. 159).

Porod v termínu je ukončení těhotenství od 38. až 42. týdne gravidity. Předčasný porod se označuje ukončením těhotenství do 37. týdne gravidity. Potermínová gravidita se ukončí po 42. týdnu těhotenství. (Macků a Čech, 2002, s. 68)

2.1 Doby porodní

Rozlišujeme tři porodní doby.

I. doba porodní je příprava na porod plodu, kde se otevírá děložní hrdlo a vytvoří se branka. Dilatace děložního hrdla probíhá jinak u primipar – kónické hrdlo jinak u multipar – válcovité hrdlo. Vypuzením hlenové zátky u prvorodiček začíná dilatace kónického hrdla, které se kalichovitě otevírá a každá kontrakce ho zkracuje. Jakmile hrdlo zajde, hovoří se o brance. Branka se musí otevřít na 10 cm. Kde bylo hrdlo a kde branka na konci I. doby porodní, nerozeznáme, protože děloha s pochvou tvoří společný prostor. Vak blan je jeden z přirozených dilatátorů. Jakmile ještě před zánikem branky odeče plodová voda, dilatátorem se stává hlavička při PPH. U vícerodiček probíhá dilatace současně ve všech směrech. I. doba porodní končí zašlou brankou.

II. doba porodní neboli doba vypuzovací, začíná iniciální flexí hlavičky, kdy hlava vstupuje tak, že se sníží záhlaví a brada se přiblíží k hrudníku. Vedoucím bodem je nejnižší bod, u PPH se tím rozumí malá fontanela. Hlavička vstoupí do pánve nejmenším obvodem

nejdříve pánevním vchodem, poté pánevní šíří do pánevní úžiny, kde je největší odpor. Hlava provádí vnitřní rotaci a po rotaci překoná i pánevní východ. V momentu kdy se porodí obličej dítěte, hlavička provádí zevní rotaci. Porod ramének se vynutí po zevní rotaci v šikmém průměru.

III. doba porodní představuje porod placenty. Lékař může napomoci podáním oxytocinu nebo methylergometrinu. Děloha s neodloučeným lůžkem je kulatá. Uteroplacentální septa a cévy se roztrhnou a začne se odlučovat placenta. Žena může pomoci s odloučením placenty za pomoci břišního lisu. Porodní asistentka uchopí placentu a oběma rukama ji točí a pomáhá tím porodem placenty. Vždy je nutné placentu prohlédnout, zda se odloučila celá i s blánami. Fyziologicky se placenta odloučí do 15 minut. (Kobilková, 2005, s. 246–249)

2.2 Porodní mechanismus

Porodní mechanismus souvisí s postupujícím plodem a souborem jeho pohybů. Nejčastěji s hlavičkou a horní část trupu, která postupuje malou pánví. U porodu naléhá hlavička na vchod pánevní synkliticky, centricky nebo indiferentně. (Kudela, 2008, s. 168)

Faktory, které určují mechanismus II. doby porodní jsou děložní kontrakce, břišní lis, rozdílnosti průměrů pánevních rovin, tvar hlavičky a zakřivení porodních cest. Porodní mechanismus se rozděluje do 5 etap, které se na sebe chronologicky navazují. První etapou je inciální flexe a vstup hlavičky do roviny pánevního vchodu. Hlavička je ve flexi a vedoucí bod je malá fontanela. Druhé etapě přisuzujeme progresi hlavičky do pánevní šíře a úžiny. Hlavička prostoupí do roviny pánevní šíře a přechází do pánevní úžiny. Nastává zde odpor pánevního dna a rodící žena reflektivně při kontrakcích zapojuje břišní lis. Třetí etapa je normální nebo abnormální vnitřní rotace, kdy se hlavička rotuje v úžině anebo mezi úžinou a východem. Čtvrtou etapou označujeme, kdy hlavička rotuje kolem spodního okraje spiny stydké. Po úplné vnitřní rotaci se hlavička dostává do pánevního východu. Prvně se prořezává malá fontanela, předhlaví, čelo, obličej, brada. Poslední a pátou etapou je zevní rotace. Hlavička se stáčí na stranu z důvodu mechanismu porodu ramének (Procházka, 2018, s. 116-117).

2.3 Porodní cesty

Prochází zde plod během porodu z dutiny děložní do zevního prostředí. Porodní cesty se rozdělují na tvrdé a měkké, kdy tvrdé porodní cesty jsou tvořeny kostěnou pánví a měkké

porodní cesty zase dolním děložním segmentem, hrdlem, pochvou, zevními rodidly a pánevním dnem. (Slezáková, 2017, s. 170)

Pro porodnické potřeby ve vnitřním prostoru malé pánve vymezujeme rovinu pánevního vchodu, rovinu pánevní šíře, rovinu pánevní úžiny a rovinu pánevního východu. Rovina pánevního vchodu (aditus pelvis) se tvarem přibližuje příčně uložené elipse. Vyznačujeme ji pomocí tří rozměrů, a to přímý průměr (12 cm), příčný průměr (13,5 cm) a šikmý průměr (12 cm). Rovina pánevní šíře (amplitudo pelvis) připomíná kruhovitý tvar (12,5 cm). Rovina pánevní úžiny (angustia pelvis) má elipsovité tvar a je to nejužší místo porodního kanálu. Rovina pánevního východu (exitus pelvis) má tvar kosočtverce a tvoří dva trojúhelníky. (Binder, 2011, s. 37 – 39)

2.4 Porodní síly

Porodní síly považujeme za síly, které otevírají děložní hrdlo a vypuzují plod porodními cestami. Rozdělují se na děložní kontrakce a na sílu při tlačení během porodu matkou – břišní lis. Prvotní porodní síla v I. době porodní je děložní kontrakce. Trvají celou I. dobu porodní. Kontrakce neboli stah hladkého děložního svalstva, rodička nemůže vyvolat, zastavit, urychlit ani zmírnit vědomě. Intenzita kontrakcí je ovlivněna několika faktory; pohybem nebo chůzí, farmaky, psychickým stavem matky a vaginálním vyšetřením. Kontrakce má tři fáze. První fáze se nazývá „crescendo“. Je to moment, kdy vzrůstá intenzita kontrakce. Druhá fáze je vrchol, zde je největší intenzita kontrakce. Období snižující se intenzity kontrakcí je „decrecendo“, které se považují za poslední fázi kontrakcí. Frekvence se udávají jako čas mezi začátkem jedné kontrakce a začátkem druhé kontrakce. Doba trvání je čas od začátku až do konce jedné kontrakce. Udává se v sekundách nebo minutách. Intenzitou se rozumí síla kontrakce. Doba relaxace dělohy se nazývá interval. Jakmile zcela zanikne branka, rodička přidává ke kontrakcím tlak, který sama vyvíjí a tím zapojí břišní lis. Kombinací těchto sil umožní plodu se protlačit pánví. Ženy cítí nutkání na tlačení při zaniklé brance a sestupováním plodu do pánve. Nutkání na tlačení může vzniknout i předčasně z důvodu, že plod tlačí proti rectu. (Leifer, 2004, s. 135-136)

3 SPONTÁNNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

„Vaginální vedení porodu po císařském řezu (vaginal birth after caesarean section – VBAC) je alternativou elektivního opakovaného císařského řezu (elective repeat caesarean section – ERCS) u žen s císařským řezem v anamnéze“ (Pařízek a kol., 2012, s. 203).

Díky stále rostoucímu procentu císařského řezu se setkáváme s rodičkami, které již v minulosti prodělaly tuto operativu. Důležité je vyhodnotit vhodný způsob vedení porodu po císařském řezu a posoudit rizika a komplikace obou možných variant ukončení těhotenství. Vysoké riziko u porodu po císařském řezu je ruptura dělohy, a to je také důvod proč neustále klesá procento VBAC. Rizika ERCS jsou následkem z opakovaného operačního výkonu a řadíme zde poranění orgánů malé pánve, anesteziologické komplikace, prodlouženou hospitalizaci rodičky. U novorozenců se častěji vyskytuje respirační onemocnění a dále se zvyšuje procento komplikací v další graviditě. (Pařízek a kol., 2012, s. 203)

Porodník musí zhodnotit, z jakého důvodu bylo předešlé těhotenství ukončeno císařským řezem, jaký typ operace to byl, pooperační hojení a celkovou rekonvalescenci po výkonu. Neméně důležitý je rozbor těhotenské anamnézy. Na konci prvního trimestru se podle ultrazvukového vyšetření zhodnotí a upřesní další postupy a podmínky jak vést porod. Plod musí být v poloze podélné hlavičkou vpravo nebo vlevo a být středně velký. U příliš malých nebo velkých plodů není vhodné přistupovat ke spontánnímu porodu. Placenta by měla být uložena fyziologicky, hlavně ne v jizvě po předchozím SC. Hodnotí se dolní děložní segment a vyšetřuje se malá pánev. Průběh porodu nesmí být obtížný, nedoporučuje se příliš mnoho dávek oxytocinu nebo prostaglandinu v I. a II. druhé době porodní a už vůbec ne kombinace těchto léčiv. Násilná exprese je naprosto nevhodná, a i jakákoliv snaha o expresi není správným řešením. VBAC je pro ženu velkou výhodou a pojištěním k další gestaci. Odvedení spontánního porodu po císařském řezu vyžaduje vysokou odbornost porodnického pracoviště (Hájek, 2014, s. 499). Důležitý faktor jsou příznivé pánevní rozměry.

3.1 Indukce porodu

Možný postup porodu po předchozím císařském řezu je indukce porodu. Při spontánním nástupu děložních kontrakcí je uváděno 2 až 3krát nižší riziko ruptury děložní než při použití indukčních preparátů. K indukci porodu lze využít jak PGE₂, tak oxytocin v infuzi. Pokud se oba preparáty skombinují, hrozí zde vyšší riziko nástupu děložní ruptury. Hlavním

důvodem, proč by mohla v tomhle případě nastat děložní ruptura, se udává nadměrná děložní činnost po podání indukčních preparátů. Doporučuje se spíše snížit celkovou dávku PGE₂ a kratší dobu aplikace oxytocinu. Prostaglandiny PGE₁ jsou naprosto kontraindikovány u porodu po předchozím císařském řezu, zejména kvůli výraznému vyvolání nadměrné děložní činnosti. (Pařízek a kol., 2012, s. 203)

3.2 Rizika

Mateřská morbidita je velkým problémem veřejného zdraví. Krvácení je jedna z nejčastějších příčin úmrtností matek, ať už během porodu nebo po něm. Vysoké procento úmrtí matek zastává příčina právě v souvislosti porušené dělohy. (Dhaifalah, 2001, s. 79 – 80)

Nejčastější porodnickou operací po epiziotomii je císařský řez. V mnoha státech dosahuje až 21 % u všech zaznamenaných porodů. Podílí se na tom však i narůstající počet císařských řezů po předešlém císařském řezu. Ruptura dělohy je velkým mezníkem pro odrazení porodníků i těhotných žen o pokus родit spontánně. Tudíž se klade význam na ultrazvukové vyšetření, které umožní další rozhodování jak těhotenství ukončit. (Faridová, 2015, s. 136 – 139)

Děložní ruptura se stává vysokým rizikem pro plod i matku. Ze strany matky dochází k výraznému krvácení až po možné úmrtí. U plodu stoupá riziko asfyxie, hypoxicko-ischemické encefalopatie až po úmrtí. (Hanáček, 2008, s. 1 - 5)

3.2.1 Ruptura dělohy

Ruptura děložní stěny patří mezi jedno z nejzávažnějších porodních poranění. Ojedinele se může vyskytnout i během těhotenství. V minulosti byly až v 90 % postiženy spíše multipary, především ty, co měly v anamnéze předešlý císařský řez. Naproti tomu, však rozvojem operačních zásahů na děloze se s touto problematikou setkáváme i u prvorodiček. Děložní stěna se může roztrhnout v děložním segmentu nebo v korporální části. Poškození integrity myometria diferencujeme na dehiscenci dělohy a rupturu dělohy. (Pařízek a kol., 2012, s. 206)

Při porušení děložní stěny se může začít odlučovat i placenta, což může zapříčinit nejen úmrtí plodu, ale také závažné intraabdominální krvácení a rozvoj hemoragického šoku a v neposlední řadě DIC u matky. Při těchto závažných komplikacích může nastat i poranění

dalších orgánů pánve, což jsou játra, slezina, močový měchýř apod. Dále se s rupturou dělohy můžeme setkat při vaginálních porodnických operací např. obratem vnitřními hmaty u příčné polohy plodu. (Hájek a kol., 2004 s. 368-369)

Spontánní ruptura nevzniká náhle, předchází jí spousta symptomů. Ty se značí jako příznaky hrozící ruptury. Řadí se zde velmi bolestivé kontrakce až křečovitá děložní činnost. Děložní fundus vystoupne k žeberním obloukům a Bandlova rýha stoupne k pupku. Krvácení nemusí být zpravidla zjevné, může být i „skryté“ (intrauterinní, intraabdominální). Nejspolehlivější symptom a dosti významný je decelerace plodu. (Pařízek a kol., 2012, s. 207)

Projevy ruptury dělohy jsou různé. Mezi ně řadíme šok v závislosti na krvácení a intenzitě krvácení, abdominální bolesti, plod je hmatný pod břišní stěnou, bolesti vystřelující mezi lopatky, kontrakce ustanou a frekvence plodu je abnormální nebo vymizí. (Leifer, 2004, s. 226) Děložní ruptura je vzácná komplikace.

3.2.2 Dehiscence dělohy

Jedná se o přerušení děložního svalu na místě, kde se nachází jizva a stále je zachováno intaktní perimetrium. Ve velkém procentu případů je bezpříznakový průběh. U dehiscence dělohy se část plodu, nebo celý plod nevyhřezne. Na rozdíl od děložní ruptury, která vznikne náhle a tím se stane velmi kritickým stavem v porodnictví, dehiscence vzniká pomalu a pozvolna. Ovšem i ruptura může být pozvolná, bez příznaků – latentní neboli skrytá. (Pařízek, 2012, s. 204, 206)

3.2.3 Abnormální invazivní placenty

Jako abnormální invazivní placenta se rozumí placenta accreta, increta, percreta. V současné době představují hojně řešené téma v porodnictví. Zvýšení této incidence je zapříčiněné především počtem operací na děloze, zejména však přibývajícím frekvencí císařských řezů. Dále to také představují operace děložních myomů. Rizikové faktory nemusejí být zcela známé. Jeden z nich představuje špatné formování deciduí, které chybí nebo jsou ztenčené. Zde hraje roli anatomie ženských pohlavních orgánů z důvodu vrozených vývojových vad na děloze, uložení placenty na dolním děložním segmentu nebo endocervixu. Největší podíl mají ovšem operativní zákroky. Příznaky u žen se většinou nerozpoznají, lze je však ultrazvukovým vyšetřením patologie rozpoznat. Při stále vyšším stádiu těhotenství se ultrazvukový obraz lépe rozpoznává. Obvykle se porodník s AIP setká až při manuálním

vybavením placenty. Tento výkon může vyvolat život ohrožující krvácení. (Roztočil, 2017, s. 438)

3.3 Výhody a úspěšnost

Výhod VBKA nacházíme spoustu a řadí se zde přirozený porod a okamžitý první kontakt dítěte a matky i s bondingem dvě hodiny po porodu. Žena se vyhne velké břišní operaci, což nese výhody menší krevní ztráty a zároveň vyvarování se podání transfuze. Zkracuje se doba hospitalizace a následné rekonvalescence. Je méně tromboembolických komplikací a nižší riziko infekce. Velkou výhodou pro ženu jsou nepochybně příznivější podmínky pro další těhotenství a porod.

Procentuální čísla úspěšnosti VBKA se pohybují vysoko, uvádějí se okolo 50–85 %. Úspěšnost je však ovlivněná několika faktory. Mezi uváděné faktory patří věk matky do 40 let, váha plodu pod 4000 g a příznivý vaginální nález. Úspěšnost se i snižuje, a to kouřením, alkoholem, obezitou, nepostupujícím porodem, nebo také kefalopelvickým nepoměrem. (Hanáček, 2008, s. 1 - 2)

3.4 Kontraindikace

Tak jako máme výhody a indikace ke spontánnímu porodu po císařském řezu, bohužel i tady nalézáme kontraindikace. Nepříznivou podmínkou, i když ne tak radikální je věk matky nad 40 let. Do úplných kontraindikací se řadí plod uložený koncem pánevním, nebo více než jeden císařský řez. U vícečetného těhotenství a váhového odhadu dítěte v termínu nad 4000 g a více, zjištěný na ultrazvukovém vyšetření, se také volí jiný postup než spontánní porod. Další nepříznivou podmínkou je velká bolest dolního děložního segmentu. Do kontraindikací se řadí i korporální řez v předešlém způsobu porodu. (Marešová, Fiala, 2018, s. 347)

4 ANALGEZIE PŘI VAGINÁLNÍM PORODU

Na porodních sálech je využívání analgezie naprosto běžné. Porodní bolest se stává pro těhotnou ženu ukazatelem, že začíná porod. Metody tlumení bolesti můžeme rozdělit na farmakologické nebo nefarmakologické. Do farmakologických metod spadají různé medikamenty a do nefarmakologických spíše alternativní způsoby jak zvládat bolest. Analgezii definujeme jako „snížený nebo chybějící pocit bolesti“. Po farmakologické stránce je spjata s anestezií, mezi nimi je však značný rozdíl. Anestezie je „nepřítomnost normálního vnímání“. (Mander, 2014, s. 162–193)

Na každou ženu se pohlíží individuálně a podle toho se také volí metody, jak dále pokračovat v analgezii. Záleží na přání rodičky a jejím psychofyzickém stavu, v jaké porodnické situaci se nacházíme, vybavenosti lékmi, znalostech a zkušenostech lékařů a v neposlední řadě sledujeme stav plodu. (Roztočil a kol., 1996, s. 172)

4.1 Farmakologické metody

Farmakologické metody zahrnují analgezii a anestetika. Analgetika jsou léčiva, které zmírňují bolest bez ztráty vědomí. Anestetika vyvolají ztrátu smyslového vnímání, především bolest. Anestetika se rozdělují na místní a celková, kde u místních blokují vnímání v určité oblasti bez ztráty vědomí a u celkových pacient ztrácí vědomí a smyslové vnímání bolesti. Léčivo podává anesteziolog nebo porodník. Lokální anestetika během porodu může podat i porodní asistentka. Výhody farmakologických metod jsou v tom, že patří mezi nejefektivnější metody při porodu k potlačení bolesti. Rodička je poté více uvolněná a lépe spolupracuje. (Leifer, 2004, s. 183, 185)

4.1.1 Systémová analgezie

Porodní bolest je jedna z nejsilnějších a nejintenzivnějších bolestí vůbec, a proto jsou často indikována silná analgetika – opioidy. Obavy nastávají z důvodů utlumení dechového centra u matky a dítěte. Varovný signál zahrnuje i sníženou pohyblivost mimovolní motoriky trávicího traktu. Do opioidů řadíme např. Tramadol, ten patří mezi slabé. Má odlišné působení při jednorázovém a dlouhodobém podání. U jednorázové dávky se nemusí jednat o opioidní účinek. Dále se do skupiny řadí Nalbufin, což je opioidní analgetikum a nemá tudíž takový vliv na dechové centrum a trávicí trakt. Stejně jako ostatní prostupují placentou. V neposlední řadě se používá Pethidin. Ten se podává více než 60 let k tlumení porod-

ní bolesti. Do systémové analgezie spadají i sedativa. Během porodu uvolňují napětí a stres rodičky. (Roztočil, 2017, s. 472)

4.1.2 Místní analgezie - Epidurální analgezie

„Epidurální analgezie (syn. peridurální, extradurální analgezie) je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika/analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře.“ (Pařízek, 2012, s. 230)

V porodnictví se epidurální analgezie provádí především v lumbální oblasti. Indikací k podání epidurální analgezie je spousta. Za základní indikací považujeme porodní bolest nebo žádost rodičky. Do indikací ze strany matky zahrnujeme kardiovaskulární choroby, plicní nebo oční choroby, neuropatii, epilepsii, hepatopatii, diabetes mellitus, preeklampsii, úzkostnou a vyčerpanou rodičku a v neposlední řadě nikotinismus, alkoholismus a narkomanie. Indikace ze strany plodu jsou následující: předčasný porod, poloha plodu koncem pánevním, vícečetné těhotenství, intrauterinní růstová retardace plodu a chronická insuficience placenty. Jiné porodnické indikace obsahují indukovaný porod, dystokii nebo protažený porod, porod mrtvého dítěte a stavy po operacích děložního hrdla. Oproti indikacím musíme brát zřetel i na kontraindikace, kde se zahrnují alergie na lokální anestetika, infekce v místě plánovaného vpichu a porucha hemokoagulace matky. Specifické porodnické kontraindikace jsou stavy, kdy se těhotenství ukončuje operativou, a to zejména kvůli krvácení při porodu nebo hypoxii plodu. (Pařízek, 2012, s. 230, 235.)

4.1.3 Inhalační analgezie

Inhalační analgezie také slouží k utlumení bolesti, rozumí se tím dýchání plynu. U porodu je přípustná směs z 50 % oxidu dusného a 50 % kyslíku. Tlakový přístroj, zvaný Entonox, je speciálně vyroben k inhalaci. Rodičkám se podává přes náustek. Po vdechnutí N₂O mají stále zachované vědomí a zpravidla je opustí strach, úzkost, neklid a potlačí se i bolest. Kontraindikací má minimum a neovlivňuje zdravotní stav ženy ani jejího plodu. Výhodou inhalační analgezie je možnost kombinace farmakologických a nefarmakologických metod. Směs plynů nemá žádný pach a chuť a šetrnost sliznice plic se označuje jako pozitivum. Třicet sekund před kontrakcí je vhodná doba inhalace a podle svých pocitů si rodička určí dávku anestezie. Inhalaci je možné podávat v I. a II. době porodní. (Pařízek, 2015, s. 125)

4.2 Nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody jsou oproti farmakologickým považovány za méně účinné. Vedou ke snížení bolesti, minimalizují spotřebu analgetik a jsou klíčem k fyziologickému průběhu porodu. Psychoprofylaktická a fyzická příprava by měla být odstartována během prenatalní péče. Vcítění a empatický přístup porodní asistentky pomáhá lépe zvládnout psychiku nastávající matky. Na místě je umožnit rodičce svobodu při porodu a dbát na její přání a potřeby. Nabízí se spousta metod nefarmakologie pro snazší zvládnání porodu. (Procházková, 2018, s. 195)

4.2.1 Psychoprofylaktická příprava

Psychoprofylaktická příprava nebo jinak také předporodní příprava má za cíl, aby si rodička vstřípila reflexy, které se vážou na porodní proces (Pařízek, 2015, s. 118).

Za autora psychoprofylaktické přípravy je považován sovětský psycholog I. Z. Velvovský a Platonov. Vycházeli z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech a došli k názoru, že správná profylaxe vede k bezbolestnému porodu. Velvovský chtěl zvýšit aktivitu mozkové kůry pozitivním drážděním během porodu, např. hlazením břicha a správným prodýcháním kontrakcí. Zrealizoval „*Metodu profylaktické přípravy těhotných na porod*“. Fernand Lamaz jejich myšlenky upravil svým způsobem. Hlavním cílem byl bezbolestný porod. Důležitým bodem je pozitivní přístup k porodu, ze kterého vyplývá pozitivní zážitek. Reakcí na bolest má být relaxace a dýchání, a když během porodu stojí po boku partner, zrcadlí to vyšší uvolnění těhotné ženy. (Bašková, 2015, s. 32)

G. Dick–Read tvrdil, že nepříjemný prožitek a strach stupňuje napětí dolního děložního segmentu, a to je důvodem bolestivých kontrakcí. Snažil se eliminovat úzkost těhotné, učil relaxační cviky a doporučoval rychlé dýchání při porodu. (Pařízek, 2012, s. 177)

Dnes v předporodní přípravě zaznamenáváme hlavně edukaci o porodu, celkový prožitek porodu, přípravu obou rodičů v péči o dítě, nefarmakologické a farmakologické metody. Za zmínku stojí komplikace spjaté s těhotenstvím, porodem i šestinedělím. Těhotné se učí relaxační techniky jak zvládat porod a porodní bolest. (Takács, 2015, s. 50)

4.2.2 Hydroanalgezie

Voda jakožto velký pomocník pro těhotnou a rodící ženu se dá využít v mnoha sférách. Užití vody zmírňuje porodní bolest a uvolní i křeče s porodem spjaté. Za jednu z nejčastějších a také základních metod můžeme považovat relaxační koupele. Rodička využívá během první doby porodní vanu. (Pařízek, 2012, s. 192)

Ve vaně se sníží psychické i fyzické vypětí ženy, přivede jí pocit nadlehčování a má i analgetický účinek (Roztočil, 2017, s. 472).

Za další z metod hydroanalgezie považujeme porod do vody. Rodící žena prožije ve vodě nejen I. dobu porodní, ale ve vodě porodí i své dítě. Jako výhoda se uvádí vystupňovaná relaxace porodních cest a zkrácení I. a II. doby porodní. S porodem do vody úzce souvisí riziko mateřské i novorozenecké infekce.

Jako třetí metoda se uvádí intradermální obstríky vodou. Hlavní princip je intradermální podání vody do oblasti beder nebo okolí os sacrum. Úleva nastává téměř ihned od sakrálních bolestí. Tato procedura má i svou nevýhodu, a to že analgetický efekt není příliš vysoký. (Pařízek, 2012, s. 192–193)

4.2.3 Aromaterapie

Ne malá role se v nefarmakologických metodách připisuje aromaterapii. Tento postup se využívá během porodu za účinku esenciálních olejů, vyrobených z přírodních zdrojů. Tento způsob tlumení bolesti, má dopad na fyzickou, emoční i psychickou stránku budoucí matky. Na porodních sálech jsou tři způsoby užití aromaterapie, a to inhalací, koupelí a masáží. Esenciální oleje nabízí velkou škálu výběru, ale na porodních sálech má nejlepší využití levandule, šalvěj, heřmánek, růže a jasmín. Účinek esenciálních olejů působí relaxačně, uklidňuje a také tlumí bolest při porodu. (Bašková, 2015, s. 77)

4.2.4 Masáže při porodu

Během porodu jsou často využívány masáže a různé masážní techniky. Jejichž pravidelná obměna násobí efekt této stimulace. V drtivé většině případů se masáže můžou naučit ženy i jejich partneři, aniž by absolvovali předporodní kurzy. Efleráž si rodička provede tak, že krouživými pohyby hladí břicho. Pokud žena leží na boku, může si masáž dělat i jednou rukou. Efleráž dráždí nervová vlákna, která zabraňují podnětům procházející tenkými nervovými vlákny. Účinnost se zvýší obměnou techniky masáže. Tlačení na sakrum se docí-

lí uvolnění bolesti spodní části zad. V tomhle případě se zapojí partner a provede masáž ženě v intenzitě, jaká jí nejvíce uleví od bolesti. Neméně důležitá je tepelná stimulace. Teplo aplikujeme tepelnými polštářky, polštářky z pecek višní nebo nahřátým prostěradlem. Řadí se zde i sprchování. Teplá voda je příjemná a zmírňuje křeče. Studené obklady na čelo nebo obličej jsou také velmi upřednostňovány. (Leifer, 2004, s. 180)

4.2.5 Polohy při porodu

Nejpreferovanější polohy během I. doby porodní jsou vestoje, vkleče, na podložce, na míči, ve sprše nebo vaně. Zahrnovat zde lze i porodní stoličku, byť v dnešní době ne tak často používanou. (Gregora, 2013, s. 107)

Spousta žen v II. době porodní rodí ve vertikálních polohách, ty však ukázaly větší nárůst porodních poranění konečníku. Tudíž dobrým kompromisem je porod vleže na boku nebo v polosedu. Jako jinde i tady platí individuální přístup k ženě, každá si nalézá instinktivně nejvýhodnější a nejméně bolestivou polohu. (Pařízek, 2015, s. 121)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda za pomoci techniky dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní a zapojení do výzkumu bylo zcela dobrovolné. Dotazníky byly rozdány ve Vsetínské nemocnici, Kroměřížské nemocnici a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně pouze na porodní sály v průběhu měsíce března a dubna letošního roku. Výzkumnou skupinou respondentů byly porodní asistentky z již zmíněných nemocnic. Celkem se rozdalo 36 dotazníků, nazpět se vrátilo 30 dotazníků, tudíž 6 dotazníků nebylo vyplněno v plném rozsahu, a proto byly vyřazeny z výzkumu. Dokument *Žádost o umožnění výzkumného šetření* v souladu s GDPR jsou k nahlédnutí u autorky práce.

Výsledky výzkumného šetření byly vloženy do programu Microsoft Office Excel a dále zpracovány za pomoci tabulek a grafů. Ve vypracovaných tabulkách je uváděna absolutní četnost, relativní četnost v procentech zaokrouhlená na celé číslo a celkový součet, který vyjadřuje celkový počet respondentek, které odpovídaly na danou otázku. Slovní komentář pod grafy shrnuje celý výsledek na danou otázku. Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho 19 otázek uzavřeného typu a 1 otázku polouzavřeného typu. Mezi uzavřenými otázkami byly odpovědi výběrové, kde byla možná pouze jedna odpověď, poté odpovědi výčtové, kde bylo možno vybrat více odpovědí naráz. V dotazníku se objevila i otázka polouzavřená, kdy měly respondentky možnost vybrat odpověď a zároveň vyjádřit svou zkušenost. V dotazníku jsou použity demografické otázky č. 1, 2 a 3, které se vztahují k rozdělení nemocničního zařízení, nejvyššího dosaženého vzdělání a délkou praxe. K hlavnímu cíli se vztahují otázky č. 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16. K prvnímu dílčímu cíli se vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 12, 19, 20. K druhému dílčímu cíli se vztahují otázky č. 17, 18.

5.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat postup porodních asistentek při vedení spontánního porodu po císařském řezu v anamnéze.

5.2 Dílčí cíle práce

Dílčí cíl 1. – Postoje a názory porodních asistentek na spontánní porod po císařském řezu.

Dílčí cíl 2. – Zjistit jaké jsou nejobávanější komplikace během vaginálního porodu po císařském řezu.

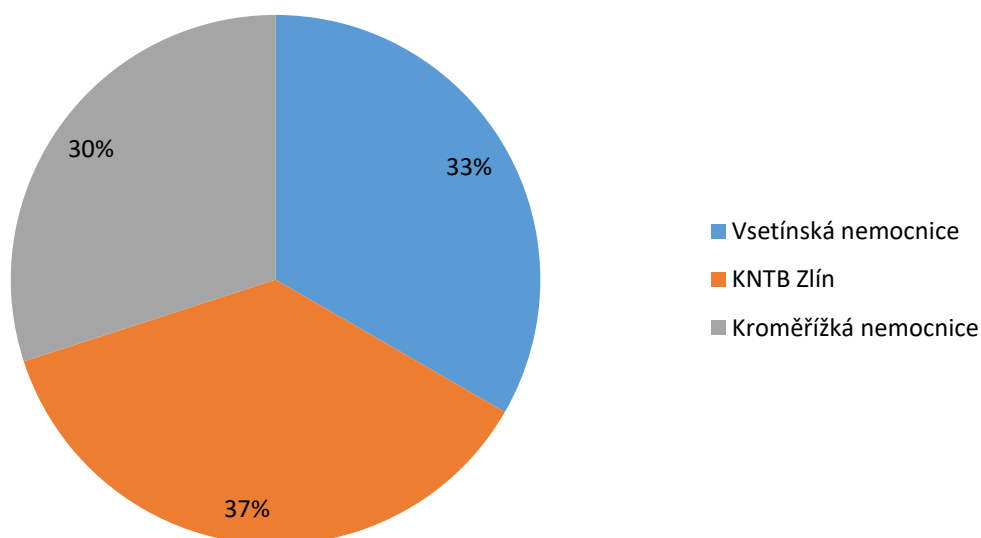
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Položka č. 1: Ve kterém zařízení pracujete?

Tabulka 1 Nemocniční zařízení porodních asistentek

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
Vsetínská nemocnice	10	33 %
KNTB Zlín	11	37 %
Kroměřížská nemocnice	9	30 %
Celkový souř�et	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 1 Nemocniční zařízení porodních asistentek

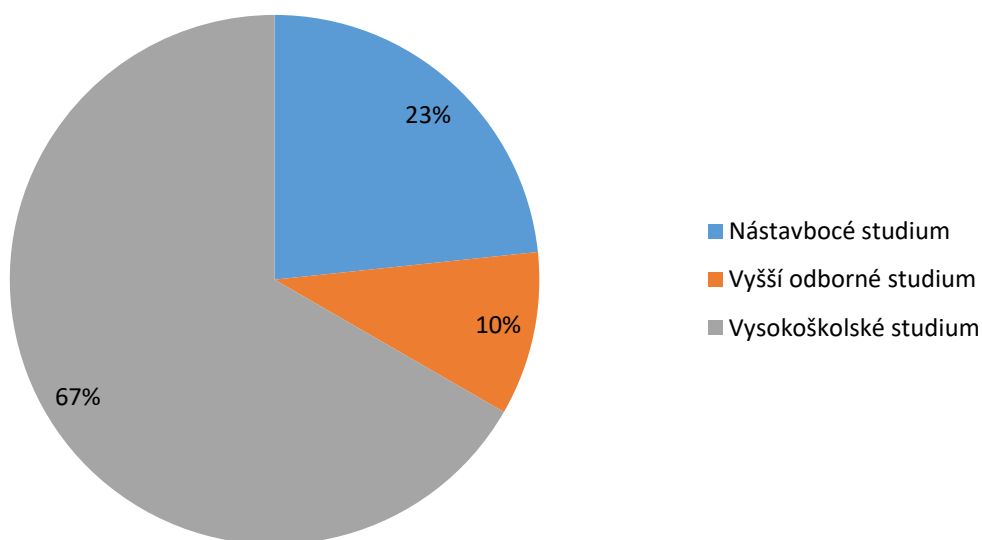
(zdroj: vlastní)

Komentář: V 1. dotazníkové položce byly porodní asistentky dotazovány, v jakém nemocničním zařízení pracují. Výsledek této položky je značně vyrovnaný. Ze zlínských porodních asistentek vyplnilo dotazník 11 (37 %), z vsetínských asistentek vyplnilo 10 (33 %) a z kroměřížských asistentek 9 (30 %).

Položka č. 2: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?*Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání porodních asistentek*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nástavbové studium	7	23 %
Vyšší odborné studium	3	10 %
Vysokoškolské studium	20	67 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)

*Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání porodních asistentek*

(zdroj: vlastní)

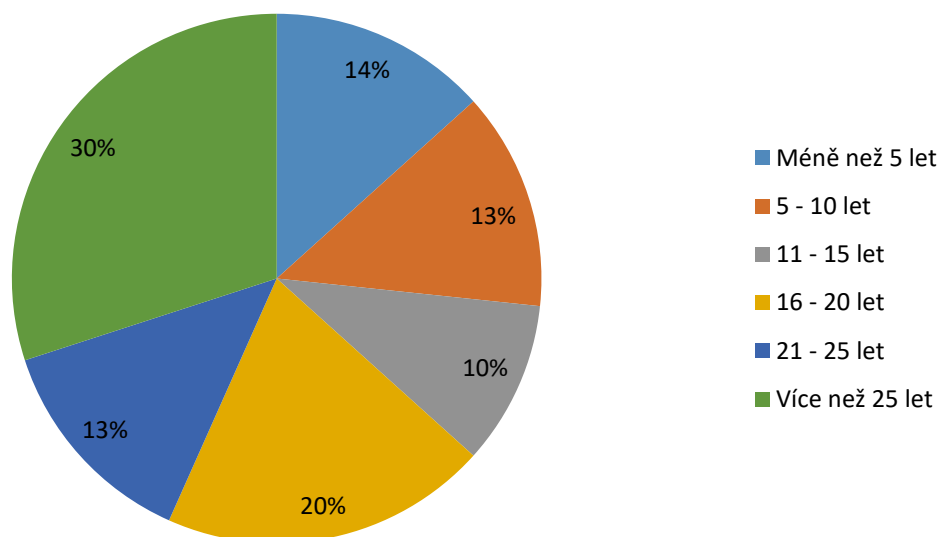
Komentář: 2. položka ve výzkumném šetření byla zaměřena na dosažené vzdělání porodních asistentek. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentek má vysokoškolské vzdělání (20, tj. 67 %), dále se vzdělání nástavbové (7, tj. 23 %) a 3 (10 %) porodní asistentky vlastní titul vyššího odborného studia.

Položka č. 3: Kolik let praxe máte?

Tabulka 3 Délka praxe porodních asistentek

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od konce studií méně než 5 let	4	14 %
5 – 10 let	4	13 %
11 – 15 let	3	10 %
16 – 20 let	6	20 %
21 – 25 let	4	13 %
Více než 25 let	9	30 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 3 Délka praxe porodních asistentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: Ve 3. dotazníkové položce byly respondenty dotazovány na počet let praxe. Praxi méně než 5 let mají 4 (14 %) porodní asistentky, dále 4 porodní asistentky (13 %) mají praxi v délce 5 – 10 let. Ve skupině 11 – 15 let v praxi jsou 3 porodní asistentky (10 %). V rozmezí 16 – 20 let je 6 porodních asistentek (20 %). 4 porodní asistentky (13 %) jsou v praxi již 21 – 25 let. S nejvyšší praxí, více než 25 let, je 9 (30 %) porodních asistentek

Položka č. 4: Ke kterému názoru se přikláníte?

Tabulka 4 Názor na opakování císařského řezu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednou císařský řez, vždy císařský řez	0	0 %
Pokud není nutná indikace k opětovnému SC, přikláním se k vaginálnímu porodu.	30	100 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)

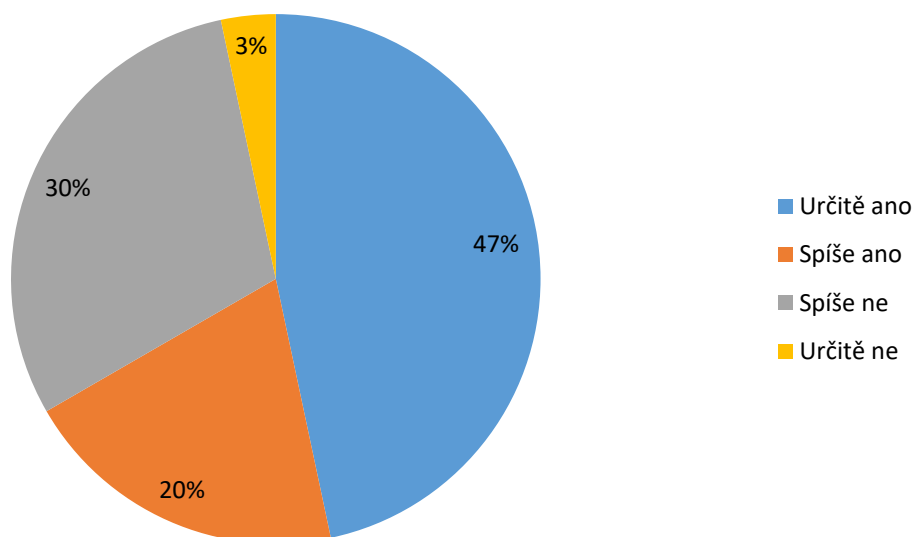
Komentář: Ve 4 dotazníkové položce byly porodní asistentky dotazovány, jaký názor jim je bližší, a to buď jednou císařský řez, vždy císařský řez nebo se přiklání k VBCA. Odpověď je naprosto jednoznačná, zaznačilo ji všech 30 (100 %) porodních asistentek. Přiklání se k VBCA.

Položka č. 5: Myslíte si, že ženy po SC spadají do rizikových těhotných?

Tabulka 5 Názor na zařazení těhotných po SC do skupiny rizikového těhotenství

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	14	47 %
Spíše ano	6	20 %
Spíše ne	9	30 %
Určitě ne	1	3 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 4 Názor na zařazení těhotných po SC do skupiny rizikového těhotenství

(zdroj: vlastní)

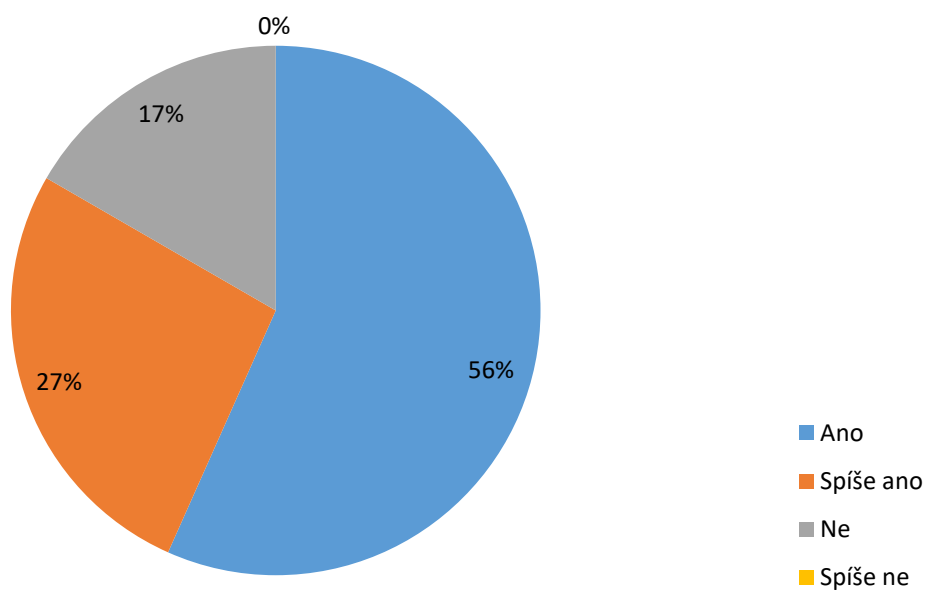
Komentář: Ve výzkumné otázce číslo 5 byla položena otázka, zda si porodní asistentky myslí, jestli ženy po SC spadají do skupiny rizikového těhotenství. 14 (47 %) porodních asistentek zodpovědělo určitě ano, 6 (20 %) jsou pro spíše ano, 9 (30 %) spíše ne a 1 (3 %) označila určitě ne.

Položka č. 6: Dáváte ve Vašem zařízení maminkám právo volby způsobu porodu?

Tabulka 6 Právo volby způsobu porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, může si sama rozhodnout	17	56 %
Spíše ano, po vysvětlení co porod obnáší	8	27 %
Ne, lékaři vždy rozhodují sami	5	17 %
Spíše ne, není to důležité	0	0 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 5 Právo volby způsobu porodu

(zdroj: vlastní)

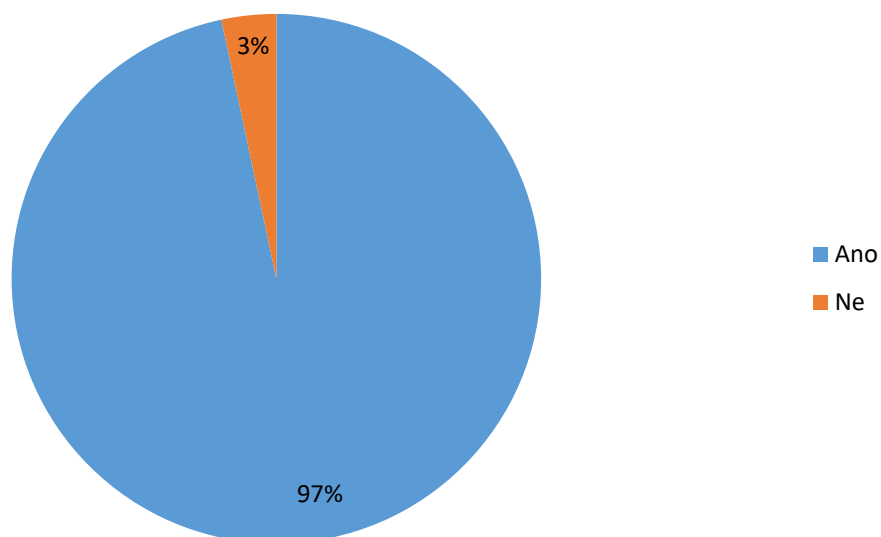
Komentář: V 6. dotazníkové položce byly porodní asistentky dotazovány, zda se v nemocnici, v které pracují, dávají matkám právo volby. Více než polovina z nich, což je 17 (56 %) porodních asistentek uvádí, že ano, matka si může rozhodnout sama. 8 (27 %) jich odpovědělo spíše ano po vysvětlení, co porod obnáší. 5 (17 %) odpovědělo ne, lékaři vždy rozhodují sami. V žádné nemocnici ani jedna porodní asistentka (0 %) neodpověděla spíše ne, není to důležité.

Položka č. 7: Setkáváte se s rodičkami po prodělaném císařském řezu, které více preferují císařský řez před spontánním porodem

Tabulka 7 Preference SC rodičkami po prodělaném SC

Odpořed'	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
Ano	29	97 %
Ne	1	3 %
Celkový souřet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 6 Preference SC rodičkami po prodělaném SC

(zdroj: vlastní)

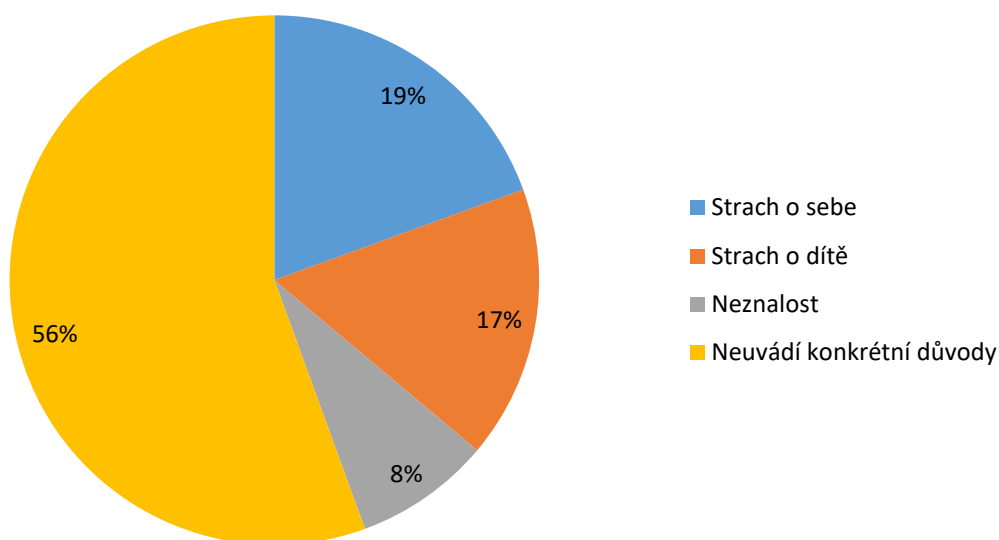
Komentář: V 7. dotazníkové poloře byly porodní asistentky dotazovány, zda se setkávají s rodičkami po prodělaném císařském řezu, které více preferují císařský řez před spontánním porodem. Drtivá většina 29 (97 %) porodních asistentek odpovřděla ano. Jen 1 (3 %) odpovřděla ne.

Položka č. 8. Pokud jste v předešlé otázce zodpověděla ano, uveďte, jaký důvod uvádějí nejčastěji.

Tabulka 8 Uváděné důvody k opětovnému SC

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strach o sebe	7	19 %
Strach o dítě	6	17 %
Neznalost rizik a pozitiv vaginálního porodu po prodělaném císařském řezu	3	8 %
Neuvádí konkrétní důvo- dy, SC je pro danou ro- dičku jistota	20	56 %
Celkový součet	36	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 7 Uváděné důvody k opětovnému SC

(zdroj: vlastní)

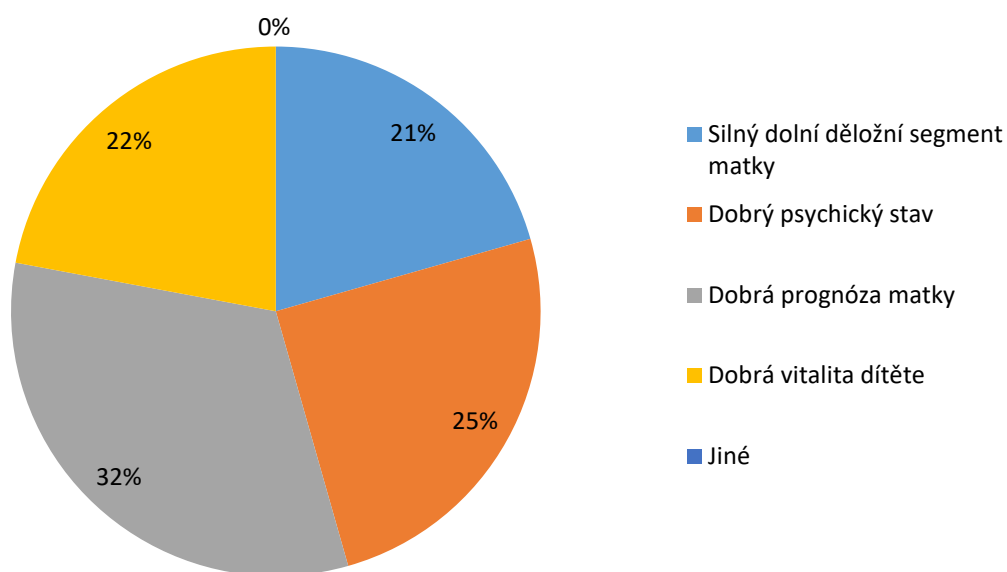
Komentář: Výzkumná otázka číslo 8 navazuje na otázku číslo 7. Porodní asistentky byly tázány byly na důvod, který rodičky uvádějí, proč již po prodělaném císařském řezu preferují opět císařský řez nad spontánním porodem. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. Nejčastěji rodičky udávaly, že nemají konkrétní důvody, ale že císařský řez je pro ně jistota. Konstatovalo to 20 (56 %) porodních asistentek. Dále 7 (19 %) uvedlo, že ženy mívají strach o sebe. 6 (17 %) označilo, ženy mívají strach o dítě a 3 (8 %) porodních asistentek uvedlo neznalost rizik a pozitiv vaginálního porodu po prodělaném císařském řezu.

Položka č. 9: Kdy se přistupuje ke spontánnímu porodu po císařském řezu.

Tabulka 9 Důvody přístupu ke spontánnímu porodu po SC

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Silný dolní děložní segment matky	14	21 %
Dobrá psychický stav	17	25 %
Dobrá prognóza matky	22	32 %
Dobrá vitalita dítěte	15	22 %
Jiné	0	0 %
Celkový součet	68	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 8 Důvody přístupu ke spontánnímu porodu po SC

(zdroj: vlastní)

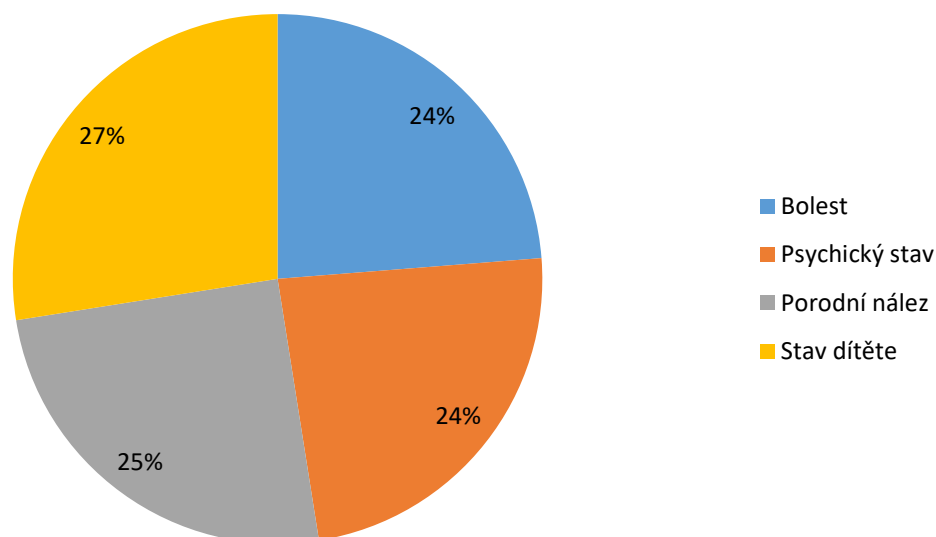
Komentář: Ve výzkumné otázce číslo 9 byly porodní asistentky dotazovány, kdy se přistupuje ke spontánnímu porodu po císařském řezu. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. Nejvíce označenou položkou je dobrá prognóza matky 22 (32%). Dobrý psychický stav byl označen 17 (26 %) porodními asistentkami. Dobrou vitalitu dítěte označilo 15 (22 %) porodních asistentek a 14 (21 %) porodních asistentek označilo silný dolní děložní segment.

Položka č. 10: Na co se především zaměřujete ve Vaší nemocnici v první době porodní

Tabulka 10 Zaměření v I. době porodní

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest	19	24 %
Psychický stav	19	24 %
Porodní nález	20	25 %
Stav dítěte	22	27 %
Celkový součet	80	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 9 Zaměření v I. době porodní

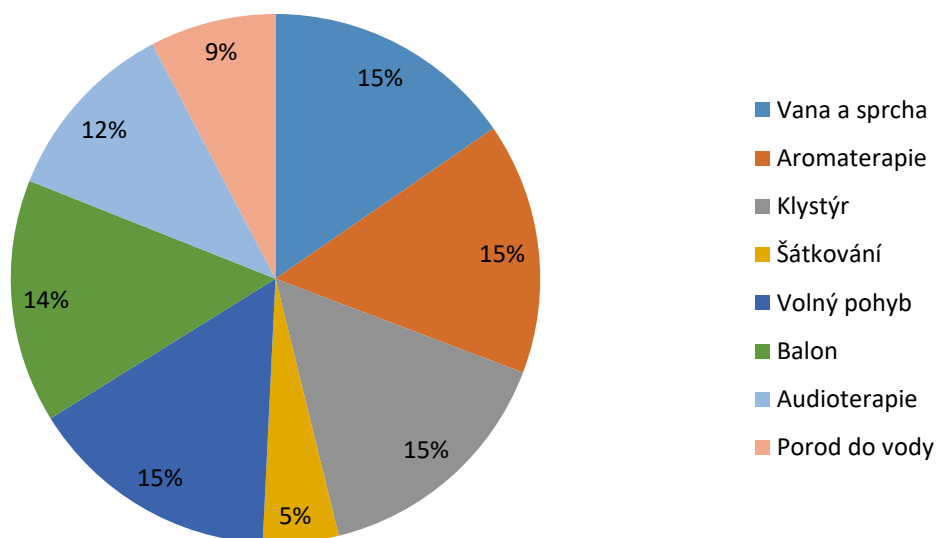
(zdroj: vlastní)

Komentář: V otázce číslo 10 byly porodní asistentky dotazovány, na co se v jejich nemocnici zaměřují v první době porodní. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. Odpovědi jsou dosti vyvážené. Mírnou převahu má odpověď, že se zaměřují na stav dítěte (22 odpovědí, tj. 27 %). Dále 20 porodních asistentek (25 %) označilo porodní nález, bolest a psychický stav shodně 19 (24 %).

Položka č. 11: Umožňujete alternativní metody během první doby porodní?*Tabulka 11 Alternativní metody během I. doby porodní*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vana a sprcha	30	15 %
Aromaterapie	30	15 %
Klystýr	30	15 %
Šátkování	9	5 %
Volný pohyb	30	15 %
Balón	29	14 %
Audioterapie	23	12 %
Porod do vody	15	9 %
Celkový součet	196	100 %

(zdroj: vlastní)

*Graf 10 Alternativní metody během I. doby porodní*

(zdroj: vlastní)

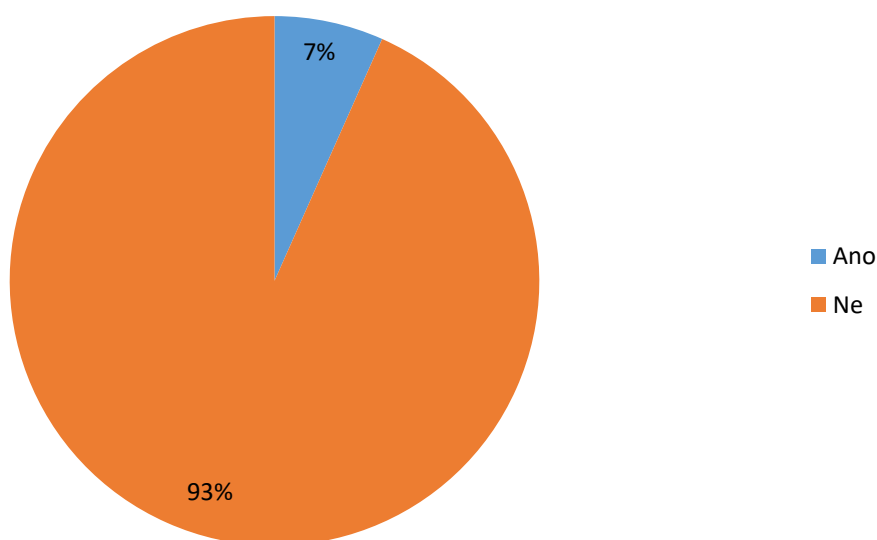
Komentář: Ve výzkumné otázce číslo 11 byly respondentky dotazovány, zda v jejich nemocnicích umožňují alternativní metody během první doby porodní. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. Vana a sprcha, aromaterapie, klystýr a volný pohyb byly označeny všemi 30 porodními asistentkami, což představovalo ve všech případech 15 %. Balon uvedlo 29 (14 %) porodních asistentek, audoterapii 23 (12 %) porodních asistentek. Porod do vody označilo je 15 (9 %) a šátkování pouhých 9 (5 %) porodních asistentek.

Položka č. 12: Co se týká polohy, jsou ženy více omezeny při spontánním porodu po prodělaném císařském řezu?

Tabulka 12 Názory na polohy u porodu po prodělaném SC

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ne každá poloha je vhodná	2	7 %
Ne, je to bez rozdílu	28	93 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 11 Názory na polohy u porodu po prodělaném SC

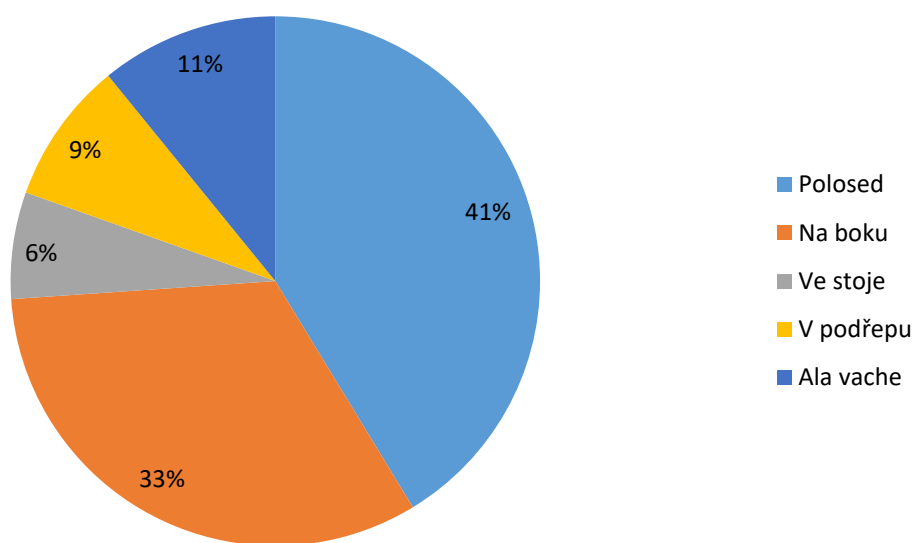
(zdroj: vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce číslo 12 byly respondentky tázány na to, jsou-li ženy v jejich nemocnicích více omezeny při spontánním porodu po prodělaném císařském řezu. Valná většina porodních asistentek 28 (93 %) odpověděla ne, že je to bez rozdílu. 2 (7 %) odpověděly ano, z důvodu, že ne každá poloha se považuje za vhodnou u vaginálního porodu po prodělaném císařském řezu v minulosti.

Položka č. 13: Preferujete konkrétní polohu během porodu?*Tabulka 13 Konkrétní poloha při porodu*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polosed	19	41 %
Na boku	15	33 %
Ve stoje	3	6 %
V podřepu	4	9 %
À la vache	5	11 %
Celkový součet	46	100 %

(zdroj: vlastní)

*Graf 12 Konkrétní poloha při porodu*

(zdroj: vlastní)

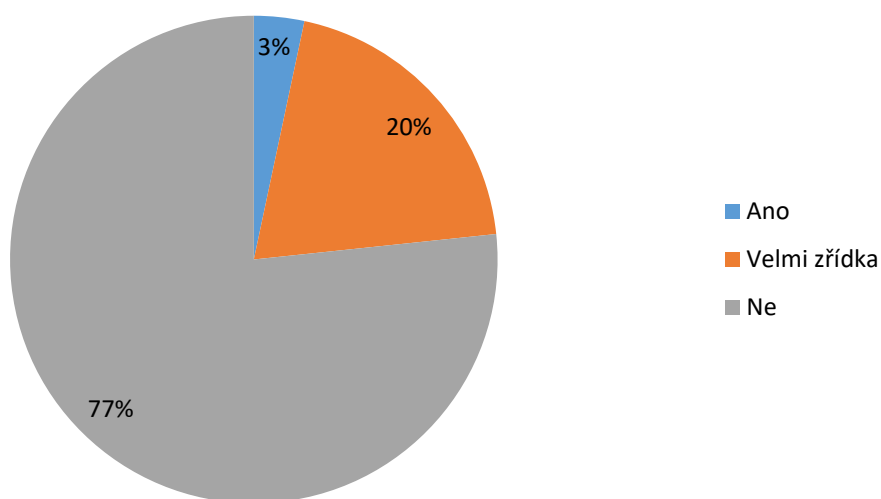
Komentář: V otázce číslo 13 byla respondentkám položena otázka, zda preferují konkrétní poloha během porodu. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. 19 (41 %) porodních asistentek označilo, že během porodu preferují polosed. 15 (33 %) zaznačila polohu na boku, 5 (11 %) uvedlo polohu ala vache, 4 (9 %) polohu v podřepu a 3 (6 %) porodních asistentek označilo polohu ve stoje.

Položka č. 14: Používáte preventivně oxytocin v I. a II. době porodní?

Tabulka 14 Používání oxytocinu v I. a II. době porodní

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, považuji to za jeden z běžných porodnických postupů	1	3 %
Velmi zřídka, pouze když slábnou kontrakce	6	20 %
Ne, není nutné to považovat za prevenci	23	77 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 13 Používání oxytocinu v I. a II. době porodní

(zdroj: vlastní)

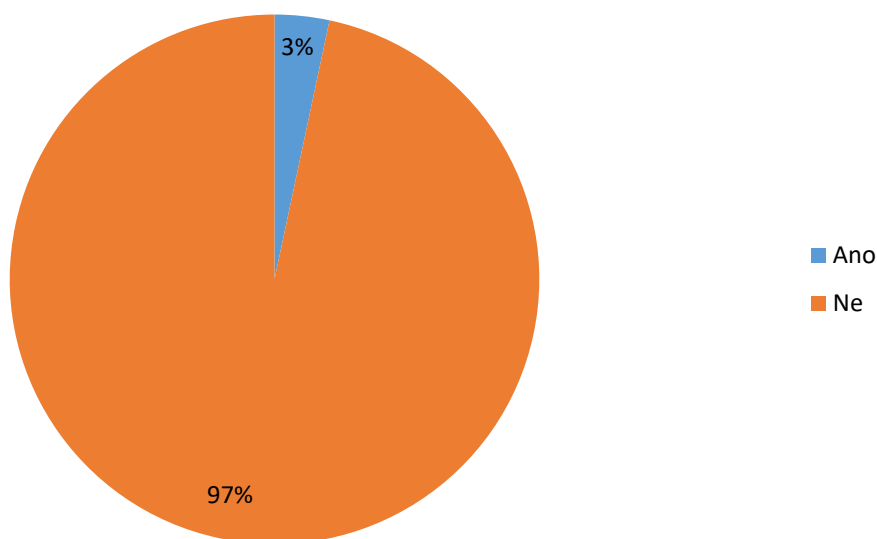
Komentář: V otázce číslo 14 byly porodní asistentky tázány, zda se v jejich nemocnici používá preventivně oxytocin v I. a II. době porodní. 23 (77 %) porodních asistentek odpověděly ne, není nutné to považovat za prevenci. 6 (20 %) odpovědělo, že velmi zřídka, pouze když slábnou kontrakce a 1 (3 %) porodní asistentka odpověděla ano, že se to považuje to za jeden z běžných porodnických postupů.

Položka č. 15: Napojujete u rodiček, které rodí vaginálně po SC častěji KTG?

Tabulka 15 Napojení KTG u rodiček rodících vaginálně po SC

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ale je to spíše kvůli tokografu	1	3 %
Ne, pokud je dítě v pořádku a žena nevykazuje známky nadměrné děložní činnosti	29	97 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 14 Napojení KTG u rodiček rodících vaginálně po SC

(zdroj: vlastní)

Komentář: V 15 dotazníkové položce byly porodní asistentky dotazovány, napojují u rodiček, které rodí vaginálně po SC častěji KTG. 29 (97 %) porodních asistentek odpovědělo že ne, pokud je dítě v pořádku a žena nevykazuje známky nadměrné děložní činnosti. Jen 1 (3 %) odpověděla ano, kvůli tokografu.

Položka č. 16: Provádíte rutinně episiotomii při vaginálním porodu u žen s SC v anamnéze?

Tabulka 16 Episiotomie při vaginálním porodu u žen s SC v anamnéze

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, bývá to jeden z běžných postupů	0	0 %
Ne, snažím se eliminovat tento zákrok	30	100 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)

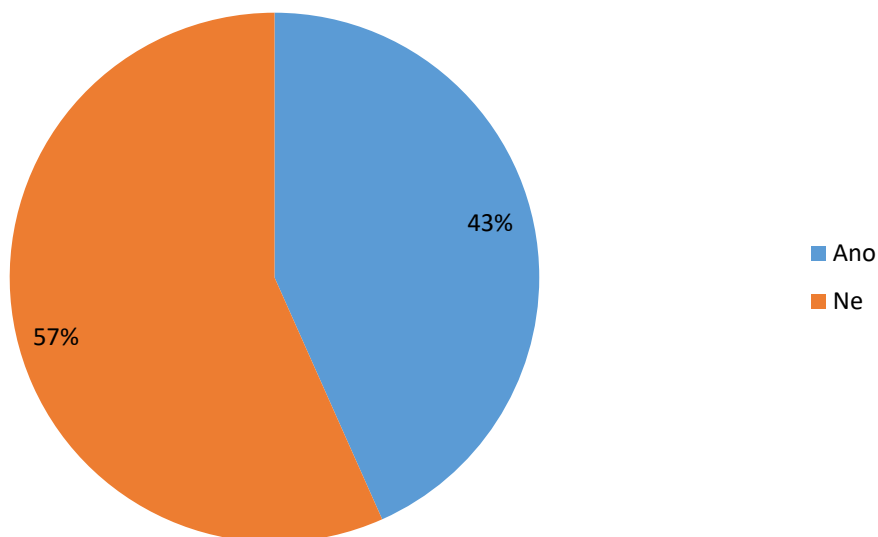
Komentář: Ve výzkumné otázce číslo 16 byly respondentky tázány, zda provádí rutinně episiotomii při vaginálním porodu u žen s SC v anamnéze. Odpověď ne, snaží se eliminovat tento zákrok, je naprosto jednoznačná. Zaznačilo ji 30 (100 %) porodních asistentek.

Položka č. 17: Setkala jste se při vaginálním porodu po SC s rupturou dělohy?

Tabulka 17 Výskyt ruptury dělohy po vaginálním porodu po SC

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	43 %
Ne	17	57 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 15 Výskyt ruptury dělohy po vaginálním porodu po SC

(zdroj: vlastní)

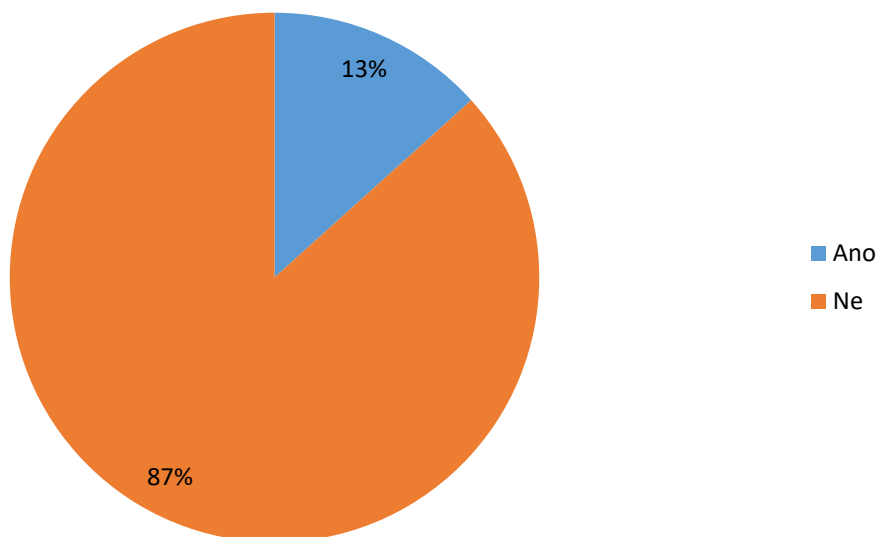
Komentář: V 17 výzkumné otázce byly respondentky tázány, zda se setkaly s rupturou dělohy u spontánního porodu po SC. 13 (43 %) porodních asistentek odpovědělo ano a 17 (57 %) naopak ne.

Položka č. 18: Zaznamenala jste větší komplikace u VBCA? Jestliže ano, jaké?

Tabulka 18 Výskyt komplikací u VBCA

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	13 %
Ne	26	87 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 16 Výskyt komplikací u VBCA

(zdroj: vlastní)

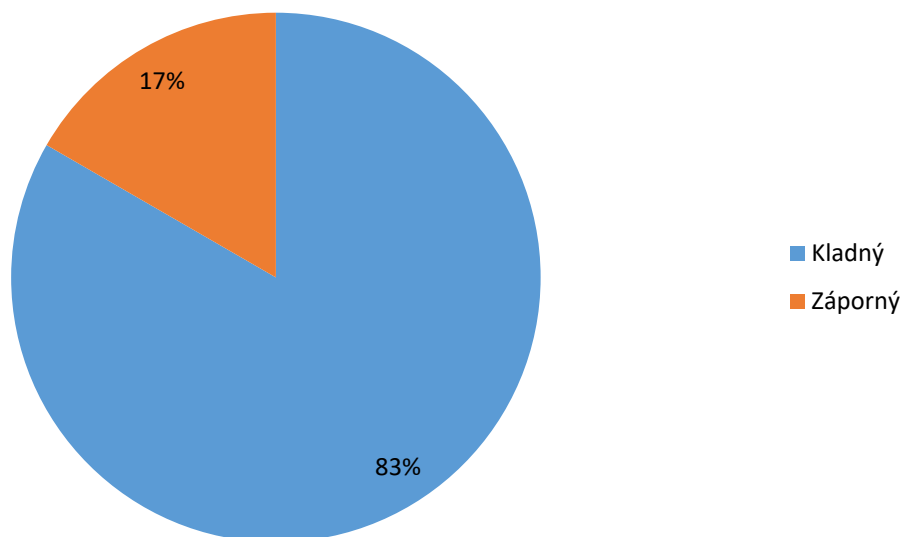
Komentář: Ve výzkumné otázce číslo 18 byly respondentky dotazovány, zda zaznamenaly větší komplikace při VBCA a jestliže ano, jaké. 26 (87 %) porodních asistentek označily odpověď ne a 4 (13 %) označily ano. V případě zaznamenaných komplikací měly porodní asistentky volnou výpověď na vyjádření, jaké komplikace zpozorovaly během porodu. 4 respondentky v 100% shodě jako komplikaci uvedly bolest v jizvě a na děložních hranách u rodících žen.

Položka č. 19: Stavíte se kladně k podávání analgezie při porodu?

Tabulka 19 Postoj k analgezii při porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kladný	25	83 %
Záporný	5	17 %
Celkový součet	30	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 17 Postoj k analgezii při porodu

(zdroj: vlastní)

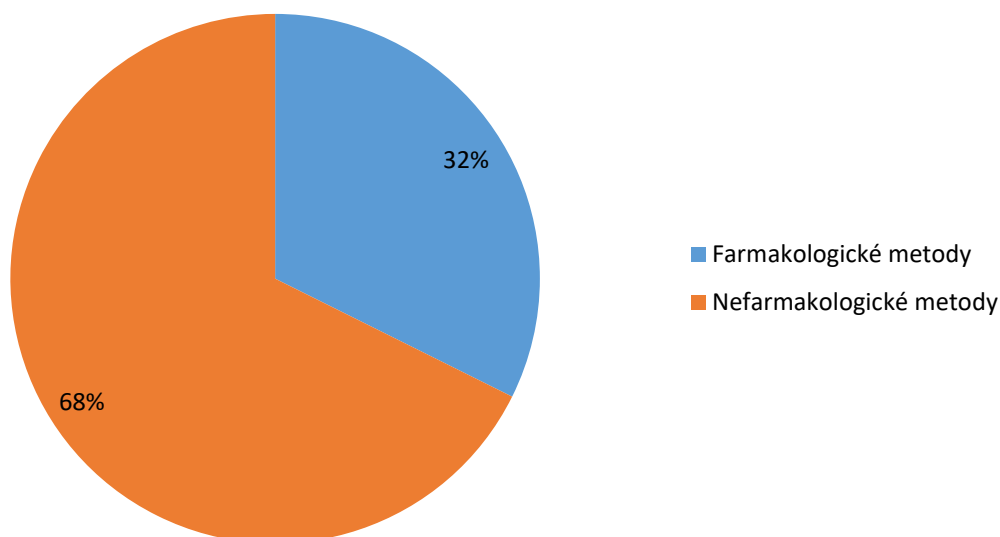
Komentář: V 19. výzkumné otázce byla respondentkám položena otázka, zda se kladně staví k analgezii při porodu. Většina porodních asistentek 25 (83 %) se k analgezii u porodu staví kladně a 5 (17 %) porodních asistentek odpovědělo ne, nestaví se kladně k podání analgezie.

Položka č. 20: Pokud jste v předešlé otázce zodpověděla ano, jaké metody se ve Vaší nemocnici používají?

Tabulka 20 Používané metody analgezie při porodu

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Farmakologické metody	11	32 %
Nefarmakologické metody	23	68 %
Celkový součet	34	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 18 Používané metody analgezie při porodu

(zdroj: vlastní)

Komentář: Výzkumná otázka číslo 20 navazuje na otázku číslo 19. Otázka zní, jestli se porodní asistentky staví kladněji k farmakologickým či nefarmakologickým metodám. Na tuto otázku odpovídalo 30 porodních asistentek. V otázce byla možnost označit více odpovědí, a proto celkový součet neodpovídá počtu respondentek, ale celkovému počtu odpovědí. 23 (68%) porodních asistentek zvolilo spíše nefarmakologické metody a 11 (32%) se naopak spíše přiklání k farmakologickým metodám.

7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá vedením spontánního porodu po císařském řezu v anamnéze. Záměrem bylo zjistit, jakým způsobem vedou tento porod porodní asistentky. V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány dotazníky a byly rozdány porodním asistentkám, které momentálně vykonávají pracovní činnost na porodním sále. Dotazník vyplnilo 30 z 36 oslovených porodních asistentek. Šlo o porodní asistentky z Vsetínské, Kroměřížské a Zlínské nemocnice. Více než polovina porodních asistentek dosáhla vysokoškolského vzdělání. To ovšem nemusí značit úroveň vyšší kvality. Domnívám se, že délka praxe má i vliv na vedení porodu, hlavně z důvodu zkušeností porodních asistentek. Ve výzkumu má největší zastoupení u porodních asistentek délka praxe více než 25 let a 16 – 20 let. Z čehož usuzuji, že zkušeností mají nespočetnou řadu.

Při vedení porodu po císařském řezu je nutno zvolit správnou strategii. Za stoupající procento císařských řezů může především nárůst rodiček s již prodělaným císařským řezem. K tomu však nemusí nutně docházet. Dle studie Hrubana (2012) z let 2007 – 2011 byla celková úspěšnost VBCA 80,8 %. Nejvýznamnější pozitivním faktorem byl spontánní nástup kontrakcí. Jako nejčastější komplikace byla zaznamenána krevní ztráta 2,0 %. Z tohoto výzkumu vyplývá, že VBCA je vhodný a bezpečný způsob ukončení těhotenství pro vybranou skupinu žen.

Z našich výsledků vyplývá, že až 56 % rodiček, které rodí, resp. rodily ve zmíněných zařízeních, se rozhoduje po předcházejícím SC znovu pro SC, ale jen dalších 27 % k tomu přistupuje po konzultacích, co jednotlivé druhy porodu obnášejí. V tomto směru určitě chybí větší prenatální osvěta a konzultace.

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že porodní asistentky jsou si vědomé rizik a výhod při vedení VBAC a mají dostatečné poznatky, které odpovídají dosavadním poznatkům a zkušenostem, které jsme uvedli i v teoretické části a mají i dostatečné praktické zkušenosti. V dost vysoké míře, asi v 2/3 považují ženy po císařském řezu za rizikové anebo spíše rizikové. Zřejmě vycházejí z postupů a zkušeností na jejich pracovištích. Jejich zkušenosti a názory potvrzují tvrzení Hrubana (2012), že VBCA je bezpečná jen u žen s dobrou predispozicí. Jak vyplynulo z výzkumu, v porodnicích zařazených do výzkumu, se v případě porodu po SC nejvíce zvažuje dobrá prognóza matky a její dobrý psychický stav. Zanedbatelná není ani dobrá vitalita novorozence silný dolní děložní segment. O zmíněných indi-

kacích, jak bude porod probíhat, rozhoduje lékař. Porodní asistentka by, ale měla tyto poznatky znát stejně dobře, už jen pro zkvalitnění péče o ženu.

V našem výzkumu jsme zjistili, že 97 % rodiček po prodělaném císařském řezu znovu dává přednost císařskému řezu, tudíž si nejspíše neuvědomují a nezajímají se o jeho rizika a považují SC za jednodušší způsob řešení porodu. To úplně odporuje výsledkům výzkumu Smetanové (2017). V případě jejího výzkumu by devět z deseti žen upřednostnilo spontánní porod před císařským řezem. Na rozdíl od výzkumu Noemi Smetanové, která vedla rozhovory s deseti ženami, náš výzkum se tázal 30 porodních asistentek s letitými zkušenostmi. Odpovědi v otázce č. 8 svědčí o malé informovanosti žen, protože až 56 % neuvádí žádný důvod pro SC, co znamená, že vlastně ani neví, proč si ho zvolily. Zde chybí osvěta a řádná informovanost žen. Z výzkumu totiž vyplynulo, že více než 80 % žen se může podle názoru a zkušeností porodních asistentek rozhodovat samo, jakým způsobem chtějí родit po prodělaném císařském řezu.

Pařízek (2012b), uvádí, že dobrým kompromisem pro rodící ženu je porod vleže na boku nebo v polosedě. Náš výzkum prokázal, že podle názoru 93 % porodních asistentek ženy nejsou nijak omezeny v poloze při porodu. Největší procentuální podíl se ukázal v polohách v polosedě (41 %) a na boku (32 %). Ostatní polohy jsou využívány mnohem méně. Odpovědi porodních asistentek v našem výzkumu jsou podobné s Pařízkem v tom, že platí individuální přístup k ženě. Tenhle poznatek nebyl uveden v daných odpovědích ve výzkumu, ale v iniciativních odpovědích porodních asistentek.

S Pařízkem (2012b) se opět ve valné většině shodují odpovědi porodních asistentek našeho výzkumu v podávání oxytocinu. V zařízeních zařazených do výzkumu se nepovažuje za prevenci, ale podává se v momentu, kdy slábnou kontrakce. Tento stav odpovídá výsledkům některých studií, které spíše poukazují na to, že by se mělo minimalizovat podání oxytocinu z důvodu, aby nedošlo k nadměrnému zvýšení děložní činnosti.

Dle Hrubana (2012) je důležitá během porodu intenzivní kontrola vitality plodu a sledování děložních činností. Tahle skutečnost je velmi důležitá, ale jak vyplynulo i z výzkumu nemusí porodní asistentka ženě napojovat častěji KTG. Autoři dále apelují i na příznivý porodní nález. Z výzkumu vyplynulo, že na všechny dané požadavky porodní asistentky reagují. Domníváme se, že velmi stěžejní jsou také bolest a psychický stav. Vyplyvá to z mé vlastní zkušenosti, kdy jsem vedla osobní rozhovor s ženou, která tvrdila, že pociťovala extrémní bolest v děložních hranách. Právě této ženě hrozila ruptura dělohy. Taková

bolest je nenormálně omezující a proto nemá dobrý vliv ani na psychický stav ženy. Z našeho výzkumu vyplývá, že v sledovaných zařízeních porodní asistentky neopomíjejí žádný z uvedených faktorů.

Výsledek našeho výzkumu ve výskytu ruptury dělohy se s Hrubanovou studií 2007 – 2011 rozchází. Z jeho studie u ani z jedné respondentek nezaznamenal tento problém, kdežto v našem výzkumu porodní asistentky děložní rupturu uvádějí až v 43 %. Tohle zkreslení údajů je asi způsobené tím, že v naší studii se nezkoumal počet žen, ale zkušenosti 30 porodních asistentek z 3 nemocnic a zde byl počet rodiček asi významně vyšší. Rozdíly mohlo ovlivnit i to, kde se výzkum prováděl.

Žádná studie striktně nepřikazuje provádět episiotomii. WHO má dokument o doporučení „*Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*“, ve kterém prezentuje nové poznatky a informace. Doporučuje naopak eliminovat co nejvíce tento zákrok (Bednářová 2011). Všechny porodní asistentky z našeho výzkumu jsou řádně s danou problematikou seznámeny a snaží se co nejvíce eliminovat tento zákrok. VBCA není žádnou výjimkou proto, aby provedly nástřih hráze.

Řezníková (2007) uvádí ve své bakalářské práci, že porodní asistentky mají zájem o nové poznatky, co se týče nefarmakologických metod. Dále mají zájem samy sebe vzdělávat na způsob tišení bolesti toutle formou. V našem výzkumu se 83 % porodních asistentek staví kladně k podávání analgezie, a to převážně k nefarmakologickým metodám. Z výsledků vyplývá, že zkoumané respondentky vykazují zájem o danou metodu. I z mé praxe ve Všechné nemocnici a KNTB Zlín jsem zaznamenala vysokou intenzitu nabízení nefarmakologických metod během porodu. Ve výzkumu se potvrzuje, že se porodní asistentky skutečně téměř stoprocentně snaží nabízet a umožnit ženám alternativní metody. Jak již zmiňuje i Řezníková (2007) nejčastější metody jsou hydroanalgezie (vana + sprcha), dále aromaterapie a volný pohyb. V našem výzkumu to bylo podobné. Všechny metody mohou příznivě a pozitivně ovlivnit porod.

ZÁVĚR

Dané téma bylo vybráno především z důvodu stále se zvyšujícího počtu císařských řezů. Císařský řez s sebou nese více komplikací a prodlouženou rekonvalescenci ženy, a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Žádné studie nepoukazují na to, jak přesně se má spontánní porod po císařském řezu vést. Ordinace vždy určuje lékař, ale porodní asistentka je s rodičkou v neustálém a úzkém kontaktu. Z tohoto důvodu lékař i porodní asistentka jdou ruku v ruce. Tato práce se zaměřuje pouze na porodní asistentky, které si ve zkoumaných nemocnicích vedou samy fyziologické a spontánní porody. Stále jsou, ale pod záštitou lékaře a tvoří tím porodnický tým.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat postup porodní asistentky při vedení spontánního porodu po císařském řezu v anamnéze. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentky se zaměřují ve vyrovnané míře na všechny varianty, kdy se přistupuje k VBAC, a to k silnému dolnímu děložnímu segmentu matky, dobrému psychickému stavu matky a dobré vitalitě dítěte. Nejvíce zdůrazňovaly dobrou prognózu matky. Dávají ovšem matkám právo volby a dosti se zaměřují na skutečné přání matky, jak by chtěla родit. Dále se velmi shodovaly, na co se zaměřit v I. době porodní a z výzkumu vyplývá, že se zaměřují na všechny uvedené faktory téměř stejně, a na to bolest, psychický stav a stav dítěte. Minimální převaha je pouze u porodního nálezu. Stoprocentně umožňují porodní asistentky ženám alternativní metody během I. doby porodní, a to možnosti využití vany a sprchy, aromaterapie, klystýru a volného pohybu. V drtivé většině také umožňují balon a audioterapii. Několik porodních asistentek nabízí ženám během I. doby porodní i šátkování a porod do vody. Porod do vody je také umožněn, i když již zmíněný porod se zahrnuje do II. doby porodní, kdy je více než pravděpodobné, že žena stráví I. dobu porodní ve vaně či bazénku. Z výzkumu vyplynulo, že porodní asistentky preferují polohu nejvíce v polosedě a na boku. Polohy ve stoje, v podřepu a à la vache také nebyly úplně opomenuty. V rozhovorech a v iniciativně vepsaných komentářích porodní asistentky psaly, že polohu rády nechávají na ženách podle toho, která jim nejvíce vyhovuje. Porodní asistentky nepovažují za vhodnou prevenci oxytocin v I. a II. době porodní. U rodiček nenapojují častěji KTG, pokud žena nevykazuje nadměrné známky děložní činnosti a dítě dle srdečních ozev se jeví v pořádku. Ve 100 % shodě porodní asistentky neprovádí rutinně episiotomii. Hlavní cíl bakalářské práce byl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo vyzkoumat, jaké porodní asistentky zauímají názory a postoje k VBAC. K tomuto cíli byly použity otázky č. 4, 5, 7, 8, 12, 19, 20. Z tohoto cíle vyplývá, že na 100 % se porodní asistentky shodly na tom, že se ztotožňují s názorem, není-li nutná indikace k opětovnému SC, přiklání se k vaginálnímu porodu. Dále si ve většině případů myslí, že ženy po SC spadají do rizikových těhotných. Téměř ve 100 % případů se porodní asistentky setkávají s matkami, které více preferují opětovný císařský řez před spontánním porodem. Dle výzkumu ženy neuvádějí konkrétní důvod, proč chtějí родit opět císařským řezem, vnímají císařský řez pouze jako jistotu. Valná většina porodních asistentek se staví kladně k podávání analgezie při porodu a spíše preferují nefarmakologické metody. První dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou nejobávanější komplikace během vaginálního porodu po císařském řezu. K tomuto zjištění byly použity otázky č. 17 a 18. Největší hrozbou u VBAC je bezpochyby ruptura dělohy. Menší polovina porodních asistentek zapojených do výzkumu se již setkala s touto problematikou. Větší komplikace jsou zaznamenány hlavně v bolesti v jizvě po předešlém SC a na děložních hranách, co vyplynulo z rozhovoru s nejmenovanou rodičkou, které hrozila ruptura dělohy a uváděla velkou bolest právě v děložních hranách. Druhý dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015, 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
- [2] BEDNÁŘOVÁ, Eva. Historie epiziotomie a její využití v práci porodní asistentky [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2019-05-13]. Dostupný z: <<https://theses.cz/id/6x3fr3/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D..
- [3] BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- [4] BUCKLEY, Sarah J. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea, 2016, 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.
- [5] DHAIFALAH, Ishraq. Spontaneous rupture of a previously scared uterus. A case report and an overview of risk factors in Yemen Republic. *Biomedical papers*, 2001, roč. 145, č. 2, s. 79-80. ISSN: 1213-8118.
- [6] DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- [7] FARIDOVÁ, Adéla — FAIT, Tomáš. Spontánní porod po císařském řezu – význam ultrazvukového měření dolního děložního segmentu. *Praktická gynekologie*, 2015, roč. 19, č. 2, s. 136-139. ISSN: 1211-6645.
- [8] GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013, 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
- [9] HANÁČEK, Jiří. Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem. *Moderní babičtví*. Praha: LEVRET s.r.o, 2008, č. 16, s. 16 – 21. ISSN 1214 – 5572.
- [10] HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. Praha: Grada. 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
- [11] HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

- [12] HRUBAN, L. et al., 2012. Vedení porodu po předchozím císařském řezu, analýza výsledků z let 2007 - 2010. *Česká gynekologie*. 77(2), 127 - 132.
- [13] CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí*. Praha: Grada, 2004, 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
- [13] JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. *Skills for midwifery practice*. Fourth edition. Edinburgh: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.
- [14] KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
- [15] KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
- [16] LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [17] MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2002, 144 s. ISBN 80-86073-92-0.
- [18] MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014, 313 s. ISBN 978-80-7387-810-8.
- [19] MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta, 2018, 542 s. ISBN 978-80-204-4852-1.
- [20] MĚCHUROVÁ, Alena. *Kardiotokografie: minimum pro praxi*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2014, 198 s. ISBN 978-80-7345-388-6.
- [21] MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press, 2007, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
- [22] PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, 2012a, 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
- [23] PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. Praha: Galén, 2012b, 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
- [24] PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015, 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2.

- [25] PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. 2. přepracované vydání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018, 253 s. ISBN 80-244-5322-3
- [26] ROZTOČIL, Aleš. *Intenzivní péče na porodním sále. 1*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1996, 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
- [27] ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7
- [28] ŘEZNÍKOVÁ, Michaela. *Nefarmakologické metody tišení bolesti v průběhu porodu*. Zlín, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
- [29] SMETANOVÁ, Noemi. Spontánní vaginální porod po císařském řezu [online]. Zlín, 2017 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/fah511/>>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D..
- [30] SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017, 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- [31] TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
- [32] URBANOVÁ, Eva. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta, c2010, 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

VBAC	Vaginal birth after caesarian
ERCS	Elective repeat caesarean section
KTG	Kardiotokograf
SC	Sectio Caesarian
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
VEX	Vakuem extrakce
PPH	Poloha podélná hlavičkou
PGE ₁	Prostaglandin (misoprostol)
PGE ₂	Prostaglandin (dinoproston)
AIP	Abnormální invazivní placenty
N ₂ O	Oxid dusný
PA	Porodní asistentka
I.	První
II.	Druhá
III.	Třetí
např.	například
g	gramy
cm	centimetry
str.	strana
kol.	kolektiv
apod.	a podobně
%	procento

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Nemocniční zařízení porodních asistentek</i>	30
<i>Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání porodních asistentek</i>	31
<i>Tabulka 3 Délka praxe porodních asistentek</i>	32
<i>Tabulka 4 Názor na opakování císařského řezu</i>	34
<i>Tabulka 5 Názor na zařazení těhotných po SC do skupiny rizikového těhotenství.....</i>	35
<i>Tabulka 6 Právo volby způsobu porodu</i>	36
<i>Tabulka 7 Preference SC rodičkami po prodělaném SC</i>	38
<i>Tabulka 8 Uváděné důvody k opětovnému SC.....</i>	39
<i>Tabulka 9 Důvody přístupu ke spontánnímu porodu po SC</i>	41
<i>Tabulka 10 Zaměření v I. době porodní</i>	43
<i>Tabulka 11 Alternativní metody během I. doby porodní</i>	44
<i>Tabulka 12 Názory na polohy u porodu po prodělaném SC.....</i>	46
<i>Tabulka 13 Konkrétní poloha při porodu</i>	47
<i>Tabulka 14 Používání oxytocinu v I. a II. době porodní.....</i>	49
<i>Tabulka 15 Napojení KTG u rodiček rodících vaginálně po SC</i>	50
<i>Tabulka 16 Episiotomie při vaginálním porodu u žen s SC v anamnéze.....</i>	51
<i>Tabulka 17 Výskyt ruptury dělohy po vaginálním porodu po SC.....</i>	52
<i>Tabulka 18 Výskyt komplikací u VBCA</i>	53
<i>Tabulka 19 Postoj k analgezii při porodu</i>	54
<i>Tabulka 20 Používané metody analgezie při porodu.....</i>	55

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Nemocniční zařízení porodních asistentek</i>	30
<i>Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání porodních asistentek</i>	31
<i>Graf 3 Délka praxe porodních asistentek</i>	32
<i>Graf 4 Názor na zařazení těhotných po SC do skupiny rizikového těhotenství</i>	35
<i>Graf 5 Právo volby způsobu porodu</i>	36
<i>Graf 6 Preference SC rodičkami po prodělaném SC</i>	38
<i>Graf 7 Uváděné důvody k opětovnému SC</i>	39
<i>Graf 8 Důvody přístupu ke spontánnímu porodu po SC</i>	41
<i>Graf 9 Zaměření v I. době porodní</i>	43
<i>Graf 10 Alternativní metody během I. doby porodní</i>	44
<i>Graf 11 Názory na polohy u porodu po prodělaném SC</i>	46
<i>Graf 12 Konkrétní poloha při porodu</i>	47
<i>Graf 13 Používání oxytocinu v I. a II. době porodní</i>	49
<i>Graf 14 Napojení KTG u rodiček rodících vaginálně po SC</i>	50
<i>Graf 15 Výskyt ruptury dělohy po vaginálním porodu po SC</i>	52
<i>Graf 16 Výskyt komplikací u VBCA</i>	53
<i>Graf 17 Postoj k analgezii při porodu</i>	54
<i>Graf 18 Používané metody analgezie při porodu</i>	55

SEZNAM PŘÍLOH

P I.: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

1. Ve kterém zařízení pracujete?
 - a) Vsetínská nemocnice
 - b) KNTB Zlín
 - c) Kroměřížská nemocnice

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Nástavbové studium
 - b) Vyšší odborné studium
 - c) Vysokoškolské studium

3. Kolik let praxe máte?

a) Od konce studií méně 5 let	d) 16 – 20 let
a) 5 – 10 let	e) 21 – 25 let
b) 11 – 15 let	f) Více než 25 let

4. Ke kterému názoru se přikláníte?
 - a) Jednou císařský řez, vždy císařský řez.
 - b) Pokud není nutná indikace k opětovnému SC, přikláním se k vaginálnímu porodu.

5. Myslíte si, že ženy po SC spadají do rizikových těhotných?

a) Určitě ano	c) Spíše ne
b) Spíše ano	d) Určitě ne

6. Dáváte ve Vašem zařízení maminkám právo volby způsobu porodu?
 - a) Ano, může si sama rozhodnout
 - b) Spíše ano, po vysvětlení co porod obnáší
 - c) Ne, lékaři vždy rozhodují sami
 - d) Spíše ne, není to důležité

7. Setkáváte se s rodičkami po prodělaném císařském řezu, které více preferují císařský řez před spontánním porodem?
 - a) Ano
 - b) Ne

8. Pokud jste v předešlé otázce zodpověděla ano, uveďte, jaký uvádějí nejčastější důvod:
 - a) Strach o sebe
 - b) Strach o dítě

- c) Neznalost rizik a pozitiv vaginálního porodu po prodělaném císařském řezu
- d) Neuvádí konkrétní důvody, SC je pro danou rodičku jistota

9. Kdy se přistupuje ke spontánnímu porodu po císařském řezu?

- a) Silný dolní děložní segment matky
- b) Dobrý psychický stav
- c) Dobrá prognóza matky
- d) Dobrá vitalita dítěte
- e) Ji-
né.....
.....

10. V první době porodní se zaměřujete především na:

- a) Bolest
- b) Psychický stav
- c) Porodní nález
- d) Stav dítěte

11. Umožňujete alternativní metody během první doby porodní? (Označte všechny, které umožňujete.)

- a) Vana a sprcha
- b) Aromaterapie
- c) Klystýr
- d) Šátkování
- e) Volný pohyb
- f) Balon
- g) Audioterapie
- h) Porod do vody

12. Co se týká polohy, jsou ženy více omezeny při spontánním porodu po prodělaném císařském řezu?

- a) Ano, ne každá poloha je vhodná
- b) Ne, je to bez rozdílu

13. Preferujete konkrétní polohu během porodu?

- a) Polosed
- b) Na boku
- c) Ve stoje
- d) V podřepu
- e) Ala vache

14. Používáte preventivně Oxytocin v I. a II. době porodní?

- a) Ano, považuji to za jeden z běžných porodnických postupů
- b) Velmi zřídka, pouze když slábnou kontrakce
- c) Ne, není nutné to považovat za prevenci

15. Napojujete u rodiček, které rodí vaginálně po SC častěji KTG?

- a) Ano, ale je to spíše kvůli tokografu
- b) Ne, pokud je dítě v pořádku a žena nevykazují známky nadměrné děložní činnosti

16. Provádíte rutinně episiotomii při vaginálním porodu u žen s SC v anamnéze?

- a) Ano, bývá to jeden z běžných postupů
- b) Ne, snažím se eliminovat tento zákrok

17. Setkala jste se při vaginálním porodu po SC s rupturou dělohy?

- a) Ano
- b) Ne

18. Zaznamenala jste větší komplikace při vedení porodu? Jestliže ano, jaké?

- a) Ano
- b) Ne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Stavíte se kladně k podávání analgezie při porodu?

- a) Ano
- b) Ne

20. Pokud jste v předešlé otázce zodpověděla ano, jaké?

- a) Farmakologické metody
- b) Nefarmakologické metody